

**TESIS DOCTORAL**

**M<sup>a</sup> CARMEN SELLÁN SOTO**

**IDENTIDAD Y CONFLICTO EN EL  
EJERCICIO DEL CUIDADO.**

**UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA  
DINÁMICA DE LA IDENTIDAD ENFERMERA  
EN ESPAÑA.**

A Toño,

Esta tesis no ha sido redactada, como hubiera sido deseable, desde la tranquilidad de una dedicación casi exclusiva a la tarea de investigación. La imposibilidad de gozar de una beca de investigación, al no existir actualmente las licencias por estudio para personal docente de las Escuelas de Enfermería del Instituto Madrileño de la Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, ha hecho preciso combinar la redacción de la tesis con la tarea educativa y de gestión académica.

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a numerosas personas. En primer lugar, a mi director de tesis, profesor Florentino Blanco y a mi tutor, profesor Bernardo Moreno. Florentino Blanco ha sido y es un verdadero maestro durante todo el proceso. Me ha hecho retomar mis intereses teóricos y ha sugerido sobre mis argumentos con el máximo respeto, y, sobre todo, se ha entusiasmado dedicando el tiempo necesario a la tutela de esta tesis. Su interés, su aliento y amistad han hecho, sin lugar a dudas, mi trabajo más sencillo. En el mismo sentido mi consideración, gratitud y reconocimiento a Bernardo Moreno.

Este trabajo no es sólo el resultado de una labor académica, sino que en su proceso de elaboración se han concitado y reflejado mis vivencias y experiencias como persona, mujer, enfermera y psicóloga, unas vivencias y experiencias que han determinado en gran medida la elección del tema de estudio.

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a los pacientes que atendí durante mi etapa como enfermera profesional, y a sus familias, puesto que me ayudaron a considerar cómo debería ser el ejercicio profesional del cuidado. También a las enfermeras y enfermeros que trabajando todos los días desde el anonimato hacen posible que la enfermería se desarrolle como profesión.

Numerosos profesores enfermeros de diversas universidades me han apoyado en este proceso y deseo expresarles mi gratitud, especialmente a Ángel Asenjo, Beatriz Carrasco, Paloma Salvadores, Lourdes Chocarro, Carmen Venturini, Juan Manuel Arribas y Antonia Pérez Galdeano.

Juana Hernández, Paloma Moral, Magdalena Santo Tomás, Mariluz Fernández y M<sup>a</sup> Ángeles Matesanz, profesoras en el Título Propio de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, no sólo me acompañaron en la aventura sino que, además, me concedieron su apoyo incondicional y su amistad.

Marisa Díaz, Paulino Rodríguez, Matilde Tenorio, Chema Santamaría, Eva Cano y Manuela Medina, de forma permanente han facilitado que la tarea docente fuese más llevadera.

Berta Sanchiz, Martina García, Pepa Benavent e Iván Sánchez me han facilitado el acceso a parte de la iconografía y me han recordado lo importante que es la disponibilidad hacia los otros.

Carlos Álvarez ha puesto en mis manos algunos documentos de gran valor para el desarrollo de esta tesis. También ha revisado la normativa legal que apoya este trabajo. Gracias por la generosidad y la confianza.

Con Cristina Cuevas y Matilde Arlandis he debatido muchas de las ideas que se desarrollan en esta tesis. Además, Cristina ha revisado parte del borrador del trabajo. Matilde ha sabido liberarme de algunas tareas docentes y de gestión. Pero sobre todo deseo agradecerles su apoyo incondicional y su amistad.

Quisiera agradecer al Colegio de Enfermería de Madrid, su contribución a este trabajo, al facilitarme documentos todavía sin catalogar.

La Facultad de Psicología y sus profesores me han permitido desarrollar, en estos años, mis inquietudes intelectuales y académicas. Además de facilitar la entrada en los estudios de tercer ciclo a las enfermeras. Este especial agradecimiento va destinado a los profesores: Juan Manuel Serrano, José Antonio Carrobes, Ángela Loeches y Alberto Rosa.

Mi agradecimiento más sincero, también, a Ricardo Pérez, que me ha proporcionado una ayuda inestimable en la gestión informática y el acabado de este volumen. Mamen Almazán, Ramón, Tomás Sánchez y Mario Moro contribuyeron, cada uno a su manera, al desarrollo de este proyecto.

Mis padres me han enseñado el significado de la responsabilidad, disciplina y renuncia. Gracias por vuestro apoyo.

Montse y la pequeña Mencía han conseguido distraerme, en los últimos meses, de la redacción de este trabajo. Gracias por devolverme a la realidad cotidiana.

Mis hijos Antonio y María que desde pequeños han aprendido las responsabilidades del cuidado de su hermana Marta. Gracias por vuestro compromiso.

Marta, sin saberlo, ha sido la verdadera protagonista de este trabajo, no sólo por las traducciones, redacción y otras tareas. Su interés en esta empresa y su entusiasmo han sido un ejemplo de compromiso y entrega al otro. Marta representa el cuidado del otro, la alegría, la lucha y la fuerza por vivir. Nunca podré agradecerle bastante lo que me has enseñado.

Toño, mi marido, y sobre todo, mi compañero, desde hace más de tres décadas. Agradecimiento no es el mejor término, para expresar lo que has hecho en los momentos difíciles que hemos vivido. Tu respeto y tu cariño representan lo verdaderamente importante más allá de este trabajo. A él se lo dedico.

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN.</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN.</b> .....	7
<b>CAPITULO 1. IDENTIDAD Y CONFLICTO EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO. UNA PRIMERA APROXIMACIÓN.</b> .....	11
1. Introducción. ....	13
1.1. Antecedentes. ....	15
1.2. La formación de las enfermeras en España. ....	18
2. Objetivos Generales. ....	20
2.1. Justificación del objetivo general: apuntes para una genealogía de la identidad enfermera. ....	20
3. Identidad, pertenencia y continuidad. ....	29
4. Identidad Enfermera. ....	38
4.1. Los parámetros generales de la identidad enfermera. ....	38
4.2. La identidad enfermera en España. ....	42
5. Conclusiones. ....	46
<b>CAPÍTULO 2. FILOSOFÍA FORMAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.....</b>	49
1. Introducción. ....	51

2. Algunas cuestiones previas sobre la naturaleza de las disciplinas históricas. ....	52
2.1. Problemas ontológicos. El cuidado como objeto de segundo orden para una historia de la Enfermería. ....	53
2.1.1. El contexto. ....	59
2.1.2. Género. ....	59
2.1.3. Dualismo mente-cuerpo y dualismo científico. ....	64
2.2. Problemas Epistemológicos. Los problemas del conocimiento histórico del cuidado. ....	67
2.3. Problemas metodológicos. Niveles de análisis en la Historia de la Enfermería. Una aproximación metodológica. ....	74
2.3.1. Nivel teórico/práctico. ....	78
2.3.2. Nivel socio-institucional. ....	79
2.3.3. Nivel biográfico. ....	80
3. Conclusiones. ....	81

**CAPÍTULO 3. FILOSOFÍA MATERIAL (I). LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO EN LA ANTIGÜEDAD Y EL MEDIEVO. ....** 83

1. Introducción. ....	85
2. Sobre los orígenes de la Enfermería. Prácticas cuidadoras en las culturas antiguas. ....	88
2.1. Mesopotamia. ....	89
2.2. Egipto. ....	90
2.3. Grecia. ....	92



---

2.4. Roma. ....	96
3. El Cristianismo: la gran novedad antropológica. ....	94
3.1. Desarrollo institucional del cuidado en el Medievo y el Renacimiento. ....	103
3.1.1. Hospitales. ....	103
3.1.2. Conventos. ....	113
3.1.3. Órdenes Militares. ....	117
3.1.4. Órdenes Mendicantes. ....	122
3.1.5. Beguinas. ....	122
3.1.6. Otras órdenes religiosas. ....	127
3.1.7. Otros ámbitos informales para el cuidado: la familia. ....	129
3.1.8. Cofradías, gremios. ....	130
3.1.9. Textos. ....	132
3.1.10 Protomedicatos, protobarberatos. ....	136
3.1.11 Normativas. ....	138
3.1.12 Reglas. ....	143
3.2. La organización del saber sobre el cuidado. ....	145
3.3. Figuras (seglares, religiosas). ....	151
3.4. Comadronas y sanadoras. Roles no institucionalizados. ....	152
4. Conclusiones. ....	156

<b>CAPÍTULO 4. FILOSOFÍA MATERIAL (II). LA REFORMA PROTESTANTE Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.</b> .....	159
1. Introducción. ....	161
2. La Reforma Protestante y su relación con las prácticas del cuidado. ....	164
2.1. Instituciones europeas. ....	167
2.1.1. La reacción católica: órdenes e instituciones. ....	167
2.1.2. Instituto de las Diaconisas de Kaiserswerth. ....	168
2.1.3. Hermandades protestantes. ....	170
2.1.4. El St. Thomas Hospital del siglo XIX. ....	172
2.1.5. La Escuela de enfermeras del Hospital St. Thomas. ....	176
2.2. Las instituciones en América. ....	184
2.2.1. Las misiones. ....	184
2.2.2. Hospitales. ....	185
2.2.3. Primeras Escuelas de Enfermería Americanas. ....	189
3. Textos. ....	192
3.1. La imagen social de la enfermera en el siglo XIX. ....	192
3.2. Los escritos de Nightingale. ....	194
4. Los saberes sobre el cuidado y la cultura médica. ....	197
5. Figuras. ....	200
5.1. Florence Nightingale. ....	200
5.2. Aportaciones de otras pioneras de la Enfermería. ....	203

---

5.3. El papel de los reformadores sociales en el desarrollo de la Enfermería. ....	208
6. Conclusiones. ....	210
<b>CAPÍTULO 5. FILOSOFÍA MATERIAL (III). EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA. EL CONTEXTO DE LA PROFESIONALIZACIÓN. ....</b>	<b>215</b>
1. Introducción. ....	217
2. Instituciones. ....	222
2.1. El siglo XIX en España. ....	222
2.2. Formación de ministrantes, practicantes y matronas. ....	227
2.3. Los orígenes históricos de la I.L.E. Las dos cuestiones universitarias. ....	249
2.3.1. El proceso fundacional. ....	249
2.3.2. Desarrollo histórico. ....	250
2.3.3. La Institución Libre de Enseñanza, su influencia en la Enfermería. ....	255
2.4. La creación del cuerpo de enfermeras. ....	256
2.5. Textos. ....	262
3. Los saberes. ....	270
4. Figuras. ....	272
5. Conclusiones. ....	277

<b>CAPÍTULO 6. EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.</b> .....	281
1. Introducción. ....	283
2. Institucionalización de la Enfermería en España. ....	284
3. Primeras escuelas de enfermeras en España. ....	289
3.1. Escuela de Santa Madrona. ....	289
3.2. Escuela de la Mancomunidad de Cataluña. ....	289
3.3. Escuela de Enfermeras Casa de Salud de Valdecilla. ....	290
3.4. La Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Española. ....	291
4. Otras instituciones educativas. La importancia de la República en la formación enfermera. ....	304
4.1. La Escuela Nacional de Puericultura. ....	304
4.2. Escuela Nacional de Sanidad. ....	305
4.3. Enfermeros psiquiátricos. ....	308
4.4. Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias. ....	309
4.5. El problema de los límites profesionales. ....	310
5. La Guerra Civil. ....	313
6. La formación enfermera en la posguerra. Planes de estudios. ....	315
6.1. Competencias profesionales. ....	318
6.2. Colegios profesionales. ....	320
7. Textos. ....	330
8. Conclusiones. ....	334

---

<b>CAPÍTULO 7. EL AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO. “MÁS QUE ENFERMERA Y MENOS QUE MÉDICO”.</b> .....	337
1. Introducción. ....	339
2. “Más que enfermera y menos que médico”. ....	341
2.1. El tránsito de enfermera a A.T.S. ....	341
2.2. Planes de Estudios del A.T.S. ....	348
2.3. Las Escuelas de A.T.S. ....	354
2.4. Especialidades de A.T.S. ....	363
3. La regulación del ejercicio profesional. ....	370
3.1. Instituciones sanitarias. ....	372
3.2. Colegios profesionales. ....	380
4. La imagen social de A.T.S. ....	382
5. Perspectiva histórica de la Enfermería como disciplina. ....	386
6. Conclusiones. ....	388
<b>CAPÍTULO 8. EL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA.</b> .....	391
1. Introducción. ....	393
2. El camino hacia la Universidad. ....	394
2.1. El Curso de Nivelación. ....	396
3. La Enfermería en la Comunidad Económica Europea. ....	401
4. Instituciones. ....	404
4.1. Las Escuelas Universitarias de Enfermería. ....	404

4.2. Planes de Estudios. ....	409
4.3. Las especialidades. ....	422
4.4. Estrategias para la implementación de la educación superior en Enfermería. ....	423
5. La regulación del ejercicio profesional del Diplomado en Enfermería. ....	434
5.1. El desarrollo reciente del sistema sanitario. ....	434
5.2. El ejercicio de la enfermería en el nuevo sistema de salud. ....	437
6. Conclusiones. ....	451
<b>CONCLUSIONES.</b> ....	<b>455</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b> ....	<b>463</b>

---

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. ....	125
Tabla 3.2. ....	134
Tabla 3.3. ....	158
Tabla 4.1. ....	190
Tabla 4.2. ....	191
Tabla 5.1. ....	232
Tabla 5.2. ....	247
Tabla 5.3. ....	248
Tabla 5.4. ....	264
Tabla 6.1. ....	287
Tabla 6.2. ....	295
Tabla 6.3. ....	305
Tabla 6.4. ....	316
Tabla 6.5. ....	317
Tabla 6.6. ....	319
Tabla 6.7. ....	320
Tabla 6.8. ....	330
Tabla 7.1. ....	343
Tabla 7.2. ....	345
Tabla 7.3. ....	346

Tabla 7.4. ....	347
Tabla 7.5. ....	349
Tabla 7.6. ....	350
Tabla 7.7. ....	352
Tabla 7.8. ....	352
Tabla 7.9. ....	357
Tabla 7.10. ....	364
Tabla 7.11. ....	373
Tabla 7.12. ....	377
Tabla 7.13. ....	387
Tabla 8.1. ....	398
Tabla 8.2. ....	402
Tabla 8.3. ....	406
Tabla 8.4. ....	407
Tabla 8.5. ....	408
Tabla 8.6. ....	410
Tabla 8.7. ....	411
Tabla 8.8. ....	411
Tabla 8.9. ....	411
Tabla 8.10. ....	412
Tabla 8.11. ....	414



Tabla 8.12. ....	416
Tabla 8.13. ....	417
Tabla 8.14. ....	417
Tabla 8.15. ....	418
Tabla 8.16. ....	419
Tabla 8.17. ....	425
Tabla 8.18. ....	427
Tabla 8.19. ....	448



## **PRESENTACIÓN.**



## **PRESENTACIÓN.**

El tema objeto de la presente investigación es el estudio de la construcción psicosocial de la identidad y los conflictos que se producen en el ejercicio profesional de la enfermería en España.

Mi interés personal en este tema radica en mi pertenencia a este colectivo profesional y en mi necesidad de contribuir, como investigadora, a la comprensión de la emergencia y consolidación de la enfermería como disciplina y profesión, desde la conciencia de que es urgente analizar la actual crisis identitaria del colectivo.

Mi ejercicio profesional como enfermera clínica en el pasado y mi larga trayectoria docente en este ámbito (veintiocho años) me han permitido observar las peculiares circunstancias que rodean el proceso de socialización de los estudiantes y profesionales noveles. Este proceso de socialización complejo, singular y específico tiene lugar tanto en las instituciones académicas como sanitarias y incide, en nuestra opinión, de una forma definitiva en la configuración de la identidad profesional de las enfermeras. No obstante, es necesario admitir que los valores socio-institucionales diferenciales y el sentido de pertenencia a un grupo profesional van a estar moduladas por las variables del sujeto.

Además de las motivaciones personales, la pertinencia de este trabajo, se justifica, en nuestra opinión, por diversas razones. El análisis del proceso de construcción histórica de la identidad enfermera en España permite identificar los límites de la cultura enfermera contemporánea y la forma particular en que las condiciones culturales pueden facilitar la aparición de problemas psicosociales en el desarrollo de la carrera profesional.

Esta tesis cobra sentido, entonces, dentro de un marco histórico, al proponerse analizar el proceso de creación y desarrollo de la enfermería y, en tal medida, estudiar cómo se ha ido constituyendo su identidad en nuestro país. Estudiaremos las prácticas del cuidado humano desde la prehistoria a nuestros días, incidiendo especialmente en la institucionalización de la enfermería en España y en

el origen y desarrollo de los diversos conflictos que han acompañado la evolución de esta profesión hasta el presente y que la han dotado de sus peculiares señas de identidad.

Para ello, comenzaremos con un capítulo dedicado a (1) presentar y justificar los objetivos de esta tesis y el proyecto general en el que cobra sentido. Presentaremos, además, (2) una revisión de los estudios disponibles hasta el momento sobre el malestar profesional en el ejercicio de la enfermería, (3) nuestra concepción de la identidad y (4) un intento de establecer los límites, a partir de la literatura al uso, de la identidad de la enfermera contemporánea.

El capítulo 2 está dedicado a estudiar la filosofía formal de la historia de la enfermería; para ello comenzaremos estudiando la naturaleza de las disciplinas históricas. Abordaremos los problemas ontológicos, epistemológicos y metodológicos, que parecen surgir al pensar en una historia cultural de la enfermería. Finalmente, propondremos una aproximación metodológica que guiará el desarrollo de este trabajo.

Desde el capítulo 3 al 8 ofrecemos una filosofía material de la historia de la enfermería. De esta forma recorreremos desde la prehistoria hasta nuestros días, señalando las condiciones necesarias para trazar una suerte de genealogía de las prácticas del cuidado humano que nos permita comprender cómo se origina y consolida la enfermería como profesión, analizando cómo y quiénes realizaban las prácticas cuidadoras, qué condiciones fueron necesarias para su institucionalización o el tipo de instituciones donde se llevaban a cabo las actividades de cuidado.

En el capítulo 3 estudiaremos las prácticas del cuidado en la prehistoria, las civilizaciones antiguas, la cultura clásica y, sobre todo, el papel de la nueva visión antropológica del cristianismo en la institucionalización del cuidado bajo el paradigma de las buenas obras a lo largo de la edad media.

El capítulo 4 se dedicará a analizar cómo la Reforma protestante influyó y derivó en un cambio en la forma concreta de proporcionar los cuidados en las instituciones. Asimismo, analizamos las condiciones que originaron la institucionalización de la enfermería como profesión.

En el capítulo 5 nos centraremos en el siglo XIX en España y estudiaremos las diferentes figuras sanitarias que proporcionaban cuidados, las instituciones tanto académicas como sanitarias donde se formaban y los problemas en el ejercicio profesional entre médicos, matronas y practicantes, y señalaremos las condiciones que propiciaron la creación de la primera escuela de enfermeras en 1896.

En el capítulo 6 estudiaremos en profundidad la institucionalización de la enfermería como profesión en España y su desarrollo hasta finales de la década de los cuarenta. Explicaremos de la mano de la legislación cómo fue el nacimiento de la enfermería y los conflictos con otras profesiones sanitarias.

El capítulo 7 lo dedicaremos a analizar cómo tres profesiones sanitarias, por decreto, se unifican y se convierten en una sola titulación: el ayudante técnico sanitario. Esta etapa de la enfermería española se sitúa entre los años 1953 a 1977. Veremos que en la práctica coexistirán, pese a la integración de tres carreras sanitarias en una sola, cuatro profesiones, y estudiaremos sus relaciones problemáticas.

Destinaremos el capítulo 8, el último de nuestro relato, al análisis de la etapa universitaria de la enfermería española, que comienza a partir de 1977 y se extiende hasta el presente. Analizaremos los inicios de la formación universitaria y los cambios normativos en la misma. Estudiaremos también los cambios en el ejercicio profesional y los nuevos conflictos en el ejercicio profesional.

Finalizamos este trabajo con algunas conclusiones generales de la presente investigación.





## **INTRODUCCIÓN.**



## INTRODUCCIÓN.

La contribución de la enfermería al bienestar humano es incuestionable. Sin embargo, la naturaleza del cuidado que proporciona la enfermería no tiene un carácter unívoco. La polisemia del concepto de cuidado enfermero ha constituido un problema nuclear en el seno de la disciplina. La presente investigación se centra en el proceso de constitución psicosocial de la identidad profesional y disciplinar de la enfermería española actual. Pensemos, por ejemplo, que la enfermería, en estos momentos, es un colectivo cuyos miembros son mayoritariamente mujeres. El proceso de socialización diferencial entre hombres y mujeres en este grupo profesional ha dado lugar a conflictos internos cuyo alcance resulta difícil estimar. Las actitudes y valores profesionales no compartidos en el seno de la profesión, como consecuencia de asimetrías tanto en la formación como en el desempeño profesional, originan una orientación de la praxis extremadamente variopinta y difícil de pensar bajo una sola categoría.

La enfermería, concebida como una profesión y disciplina de la salud, comparte escenario con otras profesiones sanitarias. La articulación del quehacer profesional enfermero está inmersa en las instituciones sanitarias y mediatizada por el ejercicio profesional de otros estamentos sanitarios, que limitan o dificultan su labor asistencial y su autonomía profesional. Estos factores externos (organizaciones sanitarias y otros grupos profesionales) han aumentado el impacto de los conflictos percibidos por la enfermería y los síntomas de malestar psicológico, incluso de *burnout*, en el desempeño profesional, convirtiendo la enfermería en una de las profesiones con mayor prevalencia de este tipo de problemas (Moreno *et. al.*, 2002; Moreno *et. al.*, 2003; Alarcón *et. al.*, 2004; Albaladejo *et. al.*, 2004; Capón Vizcaíno *et. al.*, 2004; Gutiérrez *et. al.* 2005; Chacón *et. al.*, 2006). La hipótesis que guía esta tesis doctoral es que no es posible entender las manifestaciones psicológicas o conductuales del conflicto sin entender el modo en que el conflicto se ha ido desplegando históricamente, es decir, las vicisitudes y conflictos históricos genéricos a partir de los cuales la enfermería se ha advertido a sí misma como profesión. En cierto modo, esta tesis aspira a convertirse en un argumento útil para que los psicólogos, u otros profesionales de la salud mental, preocupados por la valoración y el tratamiento de los problemas de ajuste profesional de las enfermeras

derivados de este proceso histórico, entiendan las condiciones materiales y específicas en las que se ha originado el conflicto.

## **CAPITULO 1**

**IDENTIDAD Y CONFLICTO EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO.**

**UNA PRIMERA APROXIMACIÓN.**



## CAPITULO 1

### IDENTIDAD Y CONFLICTO EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO.

#### UNA PRIMERA APROXIMACIÓN.

##### 1. Introducción.

Numerosos trabajos han puesto de manifiesto la especial incidencia de problemas psicológicos y psicosociales (insatisfacción, *burnout*, ansiedad, etc.) en el colectivo enfermero. Una de las hipótesis que guían este proyecto es que esta casuística está mediada prioritariamente por las condiciones específicas que definen el proceso de socialización de las enfermeras, aunque, como veremos un poco más abajo, esta relación funcional pudiera estar modulada, a su vez, en la lógica de los casos particulares, por variables psicológicas (personalidad, estrategias de afrontamiento de la ansiedad, motivación, etc.). Esta hipótesis no es sólo de naturaleza racional o teórica, sino que, inevitablemente, está ligada en su origen a una larga experiencia en la docencia, planificación y gestión de la formación de enfermeras, que nos ha llevado a reflexionar sobre el concepto de enfermería, su devenir histórico, su presente singular y, como no podía ser de otra manera, su futuro.

En efecto, las complejas condiciones específicas que definen la construcción de la identidad enfermera, como disciplina y como profesión, en nuestro país se acaban proyectando, al menos en dos direcciones distintas. Por un lado, y en lo que tiene que ver con su dimensión pública, la imagen colectiva sobre la enfermera, y sobre el papel de la enfermería como disciplina científica, refleja con frecuencia un conjunto de sentimientos y opiniones encontrados. Así, la enfermera es vista al tiempo como (1) un recurso incondicional, como una “esperanza de salvación”, como el vínculo último entre el paciente y el mundo, como la cristalización profesional de algunos de los valores nucleares de nuestra cultura (solidaridad, abnegación, sensibilidad al dolor y al sufrimiento, etc.) y, al tiempo, como (2) una disciplina auxiliar de la medicina, es decir, una disciplina cuyas funciones aparecen siempre ligadas, condicionadas o supeditadas a la estrategia médica.

Pero el carácter crítico de la identidad enfermera se proyecta también en el interior del propio colectivo enfermero. Entre las enfermeras, muy especialmente

entre las que trabajan en el ámbito académico, es comúnmente aceptado que la enfermería es una disciplina joven, lo que explicaría algunas de sus dificultades de legitimación, identidad, reconocimientos social y académico, su escasa producción científica o los roles asignados que provocan insatisfacción, es decir, su situación subordinada, en definitiva. En muchos casos, esta conciencia de debilidad o inmadurez disciplinar o epistemológica, se manifiesta en una suerte de retórica refundacionalista, una suerte de obsesión por encontrar los fundamentos epistemológicos últimos de la disciplina, que acabarían, hipotéticamente, y de una vez por todas, con la dispersión y la diversidad teórica. Entendemos que esta obsesión refundacionalista no es privativa de la enfermería, sino que afecta a cualquier disciplina que se perciba a sí misma como epistemológicamente débil. Tal sería, por ejemplo, el caso de la psicología (ver Blanco, 2002).

En definitiva, tanto en lo que respecta a su imagen pública como en lo que tiene que ver con las imágenes que elabora sobre sí misma, la enfermería se nos muestra como una disciplina identitariamente crítica, móvil, incluso funcionalmente “esquizofrénica”, todo lo cual se manifiesta subsidiariamente en un abanico de problemas de ajuste a sus funciones. Entendemos que es necesario proceder a un análisis detenido del proceso por el cual cada enfermera potencial se somete a la estrategia de socialización que se ha previsto para ella. Sólo conociendo con precisión la naturaleza de este proceso podremos entender después la manera particular en que se manifiestan en el colectivo estos problemas de ajuste y, en su caso, proponer estrategias realistas para afrontarlos.

Por estas razones, el objetivo general del proyecto de investigación a largo plazo en el que cobra sentido esta tesis será analizar el proceso de construcción psicosocial de la identidad enfermera en instituciones académicas y asistenciales concretas. Para ello es necesario primero, y ese será nuestro objetivo concreto en esta tesis, **estudiar cómo se ha ido articulando este proceso identitario a lo largo de la historia de la enfermería, en general, y de la historia de la enfermería española, en particular.** La vocación de esta tesis es proporcionar a los modelos psicológicos o psicosociales sobre el origen y las consecuencias de los conflictos en el ámbito de la enfermería el recorrido histórico, el relato sobre su génesis, que no tenían. Empezaremos, por lo tanto, estableciendo algunos de los



antecedentes que dan cuenta de las causas de los problemas psicológicos que las enfermeras desarrollan en el ejercicio de su profesión, como consecuencia de una cierta historia identitaria. Asumimos no obstante, que, en general, los conflictos psicológicos sólo pueden ser entendidos cabalmente en relación con los contenidos, o condiciones materiales concretas, que los especifican; es decir, como conflictos específicos de dominio, aunque puedan existir regularidades y modos de constitución de carácter general.

### **1.1. Antecedentes.**

En el ámbito de la salud, y, más concretamente, en lo que se refiere a la gestión y formación de profesionales de la enfermería, existe una amplia preocupación por determinar cómo educar a los estudiantes para que lleguen a ser profesionales competentes en las condiciones particulares en las que se ejerce esta crucial actividad profesional.

Nuestro trabajo, como ya hemos anunciado, pretende alcanzar, con un enfoque novedoso y comprensivo, una visión más realista de la enfermería, como disciplina y profesión, y su problemática teórico-práctica. Una problemática que contribuye a una permanente crisis de identidad, y que ha sido investigada, en nuestra opinión, de forma colateral en la numerosa literatura disponible.

En lo que se refiere a la investigación llevada a cabo desde el ámbito que define la convergencia entre psicología y enfermería, los investigadores han dirigido su mirada sobre todo hacia el estrés, la ansiedad, el bienestar psicológico y la satisfacción laboral en enfermería y, muy especialmente, el *síndrome de burnout* (antecedentes y consecuentes). Esta línea de investigación asume que el nivel de satisfacción laboral está conectado causal o funcionalmente con variables psicológicas o personales, como la personalidad (Reig y Caruana, 1989; Olmedo, 1997; Manzano y Ramos, 2000), los estilos atributivos (Parkes, 1984), las distorsiones cognitivas, habilidades de *coping* o afrontamiento del estrés (Caruana, 1989; Olmedo, 1997; Ramos, 1999; Hernández, Olmedo e Ibañez, 2004). También existe una tradición de investigación más sensible a las condiciones sociolaborales del ejercicio de la enfermería, como el clima laboral (Cuevas, O'Ferrall y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000), la

satisfacción laboral (De la Fuente, De la Fuente y Trujillo, 1997; García, Sáez y Llor, 2000; Zurriaga, Ramos, González-Romá, Espejo y Zornoza, 2000; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001b), la ambigüedad de rol (Moreno y Peñacoba, 1996), el grado de autonomía de la enfermera en la organización (González-Romá, Ripol, Caballer, Ferreres, Gil y Peiró, 1998), la falta de reciprocidad (Gil-Monte, 2001) o el apoyo social (Albar y García, 2005).

La evaluación del estrés crónico laboral en este colectivo se ha llevado a cabo fundamentalmente a través del MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (Maslach y Jackson, 1981), aunque, como señalan Ortega y López (2004) en su revisión de la literatura sobre *burnout* y satisfacción laboral en enfermería, existe una cierta dispersión metodológica y teórica en este campo, generalmente se considera que el *burnout* presenta, como sugerían Maslach y Jackson (*loc. cit.*), tres componentes o dimensiones, a saber, **cansancio emocional, despersonalización y problemas de realización personal**. En cualquier caso, se echa en falta, como ya hemos indicado, un análisis de los antecedentes de esta situación como base de su desarrollo posterior. En el desarrollo de este problema parecen estar implicadas multitud de variables, a cuya sombra se han propuesto modelos con escaso apoyo empírico. No obstante, y a pesar del carácter en ocasiones contradictorio de los resultados en relación con las variables que modulan la experiencia de *burnout*, existe un cierto consenso respecto a la idea de que el MBI, y sus diversas adaptaciones (ver, por ejemplo, Gil-Monte y Peiró, 1998; Gil-Monte y Peiró, 2000; Moreno, Rodríguez y Escobar, 2001; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991) cubre de manera adecuada el problema de la evaluación del síndrome. También se han desarrollado instrumentos específicos para la evaluación de la satisfacción en el ámbito de la enfermería, como la escala sobre Efectos Psíquicos del *Burnout* (EPB) (García, 1995) o el Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE) (Moreno, Garrosa y González, 2000), por citar, sólo algunos de los desarrollos que se han llevado a cabo en España.

En cualquier caso, y como hemos señalado más arriba, no resulta nada fácil poner orden en los resultados que se encuentran en la aplicación de estos instrumentos. No hay, por ejemplo, en los trabajos que usan el MBI como instrumento de evaluación, ningún acuerdo teórico sustantivo sobre el orden en el

que las tres dimensiones mencionadas se manifiestan normalmente, ni siquiera sobre la importancia relativa de cada dimensión. Probablemente, esto se debe a una escasa elaboración operacional del constructo, es decir, a la dificultad que existe para traducir el constructo a conductas concretas y observables; pero probablemente no sólo a esto. Existe quizás un problema general de estrategias de investigación, que lleva a una proliferación poco razonable de modelos, cada uno de los cuales acota su propio dominio de variables y fenómenos. Abundan las afirmaciones “teóricas” de carácter genérico y de sentido común que no permiten dirigir adecuadamente la lógica de la investigación.

Todo ello nos lleva a considerar, como ya hemos señalado, la necesidad de revisar algunas de las asunciones comunes a la mayor parte de los trabajos llevados a cabo desde el enfoque psicométrico. Por ejemplo, entendemos que la disociación metodológica aparente entre el problema general de la satisfacción laboral y el síndrome de *burnout* hace que probablemente perdamos de vista lo que queda en medio. Por lo demás, entendemos también que hay una enorme distancia ontológica entre los resultados de un autoinforme y la compleja dinámica socio-cultural en la que se lleva a cabo cada día la labor profesional de las enfermeras. Es necesario diseñar estrategias de evaluación más sensibles a la densidad y complejidad de estas situaciones. La mayor parte de los trabajos atienden a la dinámica del problema cuando este aparece ya constituido y pierden de vista el proceso por el cual se llega a constituir, que es, como ya hemos avanzado, el objetivo básico de nuestro proyecto general y del que esta tesis asumirá su dimensión histórica.

Se suele entender en este tipo de trabajos que las variables de carácter organizacional o socio-laboral desempeñan, en el mejor de los casos, una función de modulación de las relaciones básicas entre las variables personales y la valoración de la satisfacción profesional. En cualquier caso, la mayor parte de los trabajos que hemos señalado, suelen ser poco sensibles a la idea de que estas relaciones se dan en el tiempo, de manera, digámoslo así, genética. Esta afirmación que en general nos parece razonable para entender cualquier proceso de construcción o legitimación de identidades profesionales, resulta especialmente atinente para entender las peculiaridades del proceso de construcción de la identidad enfermera. Nuestro proyecto pretende abrir el análisis del problema a la consideración del

proceso integral de construcción de la identidad enfermera, empezando, como es lógico, por las condiciones que definen su proceso de formación académica. Resulta, en este sentido, pertinente describir de manera sucinta la forma en que se desarrolla en la actualidad la formación enfermera en España, para que se acabe de entender por qué defendemos la especificidad del proceso de socialización enfermera y sus posibles efectos sobre la configuración crítica de la identidad en este colectivo.

## **1.2. La formación de las enfermeras en España.**

La carrera de enfermería se cursa en la universidad española desde el año 1977 como estudios de primer ciclo con titulación final de Diplomado en Enfermería. El plan de estudios se estructura en créditos obligatorios, optativos y de libre configuración, siendo la carga lectiva global de 236 créditos. En el itinerario curricular las materias se estructuran en diversas áreas formativas (Ciencias Básicas, Fundamentos de Enfermería, Ciencias Psicosociales, Materias Instrumentales, Enfermería Clínica y Salud Comunitaria). Asimismo, el aprendizaje se organiza en enseñanzas teóricas, clínicas y prácticas, impartándose a través de un sistema modular: (1) contenidos teóricos de las materias que configuran el plan de estudios, (2) aprendizaje práctico en las salas de demostración, y (3) prácticas clínicas rotando en distintas unidades de hospitalarias en Centros de Atención Especializada y en Centros de Atención Primaria. A lo largo de los tres cursos académicos el 50 % de la enseñanza corresponde al *aprendizaje clínico*, es decir, aproximadamente unas *1.700 horas reales*, lo cual indica la relevancia de este tipo de aprendizaje en el *curriculum* universitario de enfermería.

Estos datos ponen de manifiesto que el estudiante de enfermería, a diferencia de otros estudiantes universitarios, conoce la realidad del ámbito profesional sanitario (condiciones de trabajo, valores, características de las tareas, clima laboral, etc.) y se expone a los *estresores* característicos de los profesionales de la salud (interacciones conflictivas, sobrecarga de trabajo, etc.). Por tanto, la socialización organizacional y profesional se lleva a cabo desde el inicio de la formación y no en el momento de acceso a un puesto laboral, lo cual, es otra diferencia importante a considerar. Esta forma particular de organizar los contenidos curriculares define la especificidad del proceso de formación de las enfermeras, en el sentido en que

venimos anticipando desde las primeras líneas de este proyecto. Entre otros extremos, y para que el lector se vaya haciendo a la idea, este peculiar diseño curricular implica que jóvenes de 18 o 19 años, en el segundo cuatrimestre de su carrera, se enfrenten ya con situaciones de dolor y muerte, que empiecen a afrontar conflictos de rol con otras profesiones sanitarias o que se sometan a las posibles contradicciones entre los valores profesionales que se manejan en el ámbito académico y los que se auspician en el ámbito clínico. No es difícil entender hasta qué punto este peculiar proceso de socialización puede facilitar la emergencia de problemas psicológicos de todo tipo en el ejercicio de la profesión.

## **2. Objetivos Generales.**

Como ya hemos apuntado, el propósito general de este proyecto es **profundizar en nuestro conocimiento sobre la/s forma/s concreta/s en que se tramita el proceso de socialización de la enfermera, entendido como un proceso de construcción de una identidad disciplinar y profesional.** No se trataría, por tanto, de obviar el sentido general de los estudios que buscan las causas de la satisfacción laboral en variables personales, sino más bien de intentar entender de manera más sutil y compleja hasta qué punto esas formas de causación dependen del proceso más general de socialización de las enfermeras. Este proyecto aplaza, por lo tanto, el problema de analizar las causas generales de la satisfacción laboral en enfermería, para intentar previamente definir con precisión las condiciones en las que se va dando el proceso de socialización en la cultura enfermera.

En realidad este objetivo general carece de sentido si no cursa en paralelo con un análisis de las condiciones históricas que han definido la incorporación de la enfermería como disciplina y como práctica profesional a la cultura española. Formalmente hablando, **este proyecto se plantea por tanto como objetivo general analizar el proceso de construcción histórica de la identidad enfermera en España para entender mejor en el futuro la forma particular en que estas condiciones han podido incidir en la emergencia de problemas psicológicos en el ejercicio profesional.**

### **2.1. Justificación del objetivo general: apuntes para una genealogía de la identidad enfermera.**

En un excelente trabajo de revisión histórica que citaremos frecuentemente, Hernández-Conesa (1996) sostiene que:

*“Tras la escisión del mundo cristiano, la Enfermería católica continuará fiel durante siglos a los postulados medievales de occidente. La Enfermería protestante vivirá una época de oscuridad (...). Así una espectacular eclosión destructiva nos conducirá a trescientos años de involución..... En dónde los cuidados enfermeros carecían de cualquier interés intelectual y profesional*

(...) *la norma, la sumisión y el pensar y el quehacer enfermero como forma de “salvación del alma” es el bagaje con el que llegamos al siglo XIX*” (p. 471).

Y es, precisamente, el periodo que se extiende entre el siglo XIX y la actualidad el que nos gustaría estudiar de forma especialmente pormenorizada en esta tesis. Analizaremos el proceso histórico de profesionalización, el inicio de la disciplina y la configuración de la identidad enfermera, intentando comprender, al mismo tiempo, qué se configura como profesión y cómo se refigura en disciplina.

Cabe recordar a este respecto que la enfermería posee una larga historia en la práctica de cuidados y cuenta con conocimientos y técnicas que se han ido incrementando y mejorando como fruto de la propia actividad y del contacto con ciencias próximas o afines. Sin embargo, tuvieron que transcurrir siete siglos hasta que las enfermeras empezaron a formarse en la universidad.

La praxis del cuidado enfermero se ha repetido de generación en generación durante siglos de historia, sin el beneficio de una educación científica y sin la adopción premeditada de modos científicos de procedimiento, por lo que no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible. Sin embargo, el problema de la enfermería no sólo estriba en una más que posible insuficiente comprensión por parte de la sociedad o de la comunidad científica, sino que el oscurecimiento de estos extremos, a veces, surge de la propia *reflexión teórico-práctica* sobre algunos conceptos enfermeros fundamentales, así como de su precisión en la tarea de dar una definición aceptable y aceptada de la enfermería.

La actividad cuidadora ha existido siempre, ya que en todas las etapas históricas ha habido personas encargadas del cuidado. La historia singular de la enfermería, desde las prácticas cuidadoras llevadas a cabo en la prehistoria hasta los conocidos hoy como cuidados enfermeros, implica la existencia de un principio interno para analizar históricamente las fluctuaciones en el modo de entender la naturaleza y la praxis de la enfermería en relación con el significado que le ha sido asignado en cada momento histórico. La enfermería, basada en un principio de alteridad ha sido unida a lo instintivo, intuitivo, doméstico, y a los condicionantes de género que esto conlleva.

Su quehacer, incuestionable, se ha relacionado con una forma de saber al margen de cualquier intento de comprensión y, consecuentemente, de explicación. Este problema histórico, la interpretación del quehacer enfermero, nunca se ha conectado con sus ámbitos de aplicación. Como es reconocido y recogido en la literatura enfermera, la enfermería vive al respecto en una continua crisis. Adam (1980) señala que

*“la identidad profesional llegará a ser precisa cuando las raíces científicas estén consolidadas”* (p. VII). [...] *“Es muy probable que las enfermeras continúen por algún tiempo realizando las tareas encomendadas por los médicos, al menos esa parte está totalmente clara. Sin embargo, la función independiente de enfermería no está tan clara para el público en general ni para las enfermeras mismas”* (p. IX).

En el ejercicio profesional de la enfermería ha surgido, en los últimos años, un nuevo marco que trata de reorientar el ejercicio profesional, nuevos procedimientos para llevar a cabo tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios, que exigen redefinir roles, y aumento en la demanda de los servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máxime cuando no está definido plenamente el propio desarrollo de la carrera profesional.

Todos estos factores señalan que los profesionales de la enfermería son un grupo de riesgo en relación con la posibilidad de desarrollar un patrón de insatisfacción laboral. La confrontación entre las expectativas profesionales y la realidad asistencial puede resultar problemática, y, en este sentido, podemos establecer tres elementos fundamentales para analizar el problema: la organización, el profesional y el usuario.

Desde el punto de vista de la organización, se ha de considerar que, en general, las instituciones sanitarias suelen presentar una cultura organizacional resistente al cambio y a la innovación en cuanto a políticas de personal e implicación del mismo en los procesos de toma de decisiones, puesto que se trata de organizaciones muy burocratizadas y conservadoras. Esto hace que se mantengan



en el tiempo actitudes y conductas favorecedoras de conflictos de rol e insatisfacción laboral, mediante el proceso de modelado social. Cuando toman contacto con su primer trabajo, la mayoría de los profesionales noveles han de proceder a una adaptación en la que redefinen valores y actitudes que han adquirido mediante el aprendizaje. Todo ello tiene relación con el proceso evolutivo que está sufriendo la enfermería en los últimos años en nuestro país, consistente básicamente en un superación teórica y disciplinar de la filosofía del Ayudante Técnico Sanitario, que obliga a una “negociación” con uno mismo y con los compañeros. A veces son los propios profesionales más antiguos los que frustran al novel, debido, posiblemente, al hecho de que lo viven como una amenaza a sus esquemas clásicos de actuación. Estos profesionales deberían llevar a cabo un cambio de actitud que no están dispuestos a realizar al no haber asumido la nueva filosofía y los modelos que la sustentan, lo que crea una situación de conflicto que resuelven con esta línea de actuación.

Otros aspectos a considerar son, por ejemplo, el clima laboral que se genera en los grandes centros asistenciales, con problemas de hacinamiento, sobrecarga laboral, ruidos o interferencias, y la *turnicidad*, que somete al profesional a continuos cambios que impiden la instauración de hábitos saludables y hace que las relaciones interpersonales resulten conflictivas.

El sistema sanitario posee una característica singular, sobre todo en el medio hospitalario, como es la confrontación de intereses entre lo público y lo privado, que produce una baja implicación en la consecución de los objetivos establecidos por la institución, creando una cierta indefinición de funciones y actitudes de baja cohesión en el grupo, e incluso el uso de los recursos de la organización para los objetivos personales. Todo ello hace que el sistema no se ajuste a la eficiencia, que no se ponga en marcha el engranaje perfecto para el buen funcionamiento. En consecuencia, cuando se intentan explicar las causas de estas deficiencias, se tiende a una suerte de “externalidad defensiva”, o sea, a culpabilizar a la organización o a otros de los fracasos y del mal servicio prestado. Una lógica que lleva, por supuesto, a reafirmar la posición de baja implicación.

Uno de los principales problemas que se presentan en el ejercicio de la profesión es la indefinición de la carrera profesional. Esto hace que la promoción sea

difícil de planificar, y la enfermera se sienta, en muchos casos, “condenada” a desarrollar siempre la misma actividad, reduciéndose sus posibilidades de creatividad y de desarrollo profesional. Por otro lado, al tratarse de una profesión con actividades independientes e interdependientes de la profesión médica, genera una ambigüedad de rol que se convierte habitualmente en una auténtica indefinición de rol, y que casi nunca es clarificada por la propia organización. Una vez más, todo este proceso suele conducir a una baja realización personal por el trabajo.

Los usuarios, al ser el principal objeto de la labor del profesional, lo son también de la relación interpersonal, por lo que sus características biopsicosociales tienen gran importancia para el desarrollo de la misma. Sus rasgos de personalidad, creencias y valores, y cuantas características personales lo conforman hacen de él un ser único que requiere un trato singular en función de dichas características, que modulan y condicionan la relación con el entorno y, en nuestro caso, con las enfermeras.

En este sentido, la familia adquiere un protagonismo especial, en tanto que integra el sistema de relación más inmediato del sujeto, proporcionándole una de las bases de su proyección social. Por tanto, la familia es otro elemento significativo de la relación ya que la podemos considerar como una prolongación del paciente. Las características del usuario y la familia formarán otro factor a considerar en la aparición y desarrollo de la insatisfacción laboral y del *burnout*. Con frecuencia la aparición de conflictos entre la familia y la enfermera tiene que ver con los cuidados y el tratamiento que precisa el familiar mismo.

Existen otros elementos que pueden actuar como *estresores* y que están relacionados con las nuevas demandas producidas por el cambio actitudinal de los usuarios. La propia Constitución española otorga a los ciudadanos unos derechos inalienables, tal como se recoge en la Ley General de Sanidad, que cada vez son exigidos con mayor firmeza y que pueden, en algunos casos, traducirse en inseguridad, desconfianza y ambigüedad en la enfermera. Por otro lado, se están produciendo cambios culturales en la sociedad. La calidad de vida es mejor, el nivel de conocimiento del ciudadano medio es cada vez más alto, por lo cual sus criterios y su capacidad de discernir entre alternativas o soluciones a sus necesidades han

de tenerse en cuenta, como se demuestra en la instauración de medidas para valorar la calidad percibida por los usuarios. Esta tendencia entra frecuentemente en conflicto con la propia cultura organizacional, que casi siempre ha intentado resolver los conflictos con el propio usuario o la familia. Asimismo, se detecta cada vez con mayor incidencia el ejercicio de la práctica defensiva como reacción a las posibles demandas judiciales ante cualquier negligencia o error.

En definitiva, las condiciones del ejercicio profesional han cambiado extraordinariamente en pocos años. El considerable y continuado incremento de conocimientos, el desarrollo de nuevas tecnologías, la necesidad de trabajo en equipo y el aumento de los costes económicos son características que definen la práctica enfermera contemporánea.

Actualmente la docencia de grado y postgrado está orientada hacia la esencia de la disciplina. Los conceptos nucleares y sus interrelaciones configuran el plan de estudios que debe adaptarse a los cambios que se producen en un mundo en continua transformación. Los conceptos relevantes y los principios que de ellos se derivan se perfilan como un marco de referencia flexible que permite establecer las relaciones entre teoría, práctica e investigación; todo ello es recogido por un diseño curricular que intenta dirigir la formación en función del futuro, dando, al mismo tiempo, respuesta a las demandas actuales. La formación debe permitir a los futuros profesionales la adquisición de conocimientos actualizados y las actividades fundamentales para el ejercicio. Además, la formación debe preparar al estudiante para ser capaz de realizar un análisis crítico de los acontecimientos de la actividad profesional. El futuro profesional de enfermería debe, por tanto, ser capaz de asumir diversos roles en un sistema de salud cambiante.

La concepción de la enfermería que sustenta este trabajo parte de su consideración como *saber enfermero*. Esta perspectiva nos permite conjugar en una misma idea los conocimientos teóricos y técnico-prácticos. El contenido del *saber enfermero* ha sido muy diverso debido a la variedad de factores sociales que han venido contextualizando la actividad cuidadora. De igual modo, es importante señalar el distinto papel que han desempeñado las diversas concepciones sobre la enfermedad y sus cuidados.

Para poder aproximarnos a la situación actual de la enfermería como disciplina y profesión, nos parece necesario, en primer lugar, conocer en un sentido general la cultura enfermera, y, más concretamente, cómo construye su identidad, cuáles son los conflictos de rol y su relación con la insatisfacción laboral. En segundo lugar, resulta imprescindible analizar el proceso de socialización como elemento fundamental en la construcción de la identidad profesional, tanto desde los contextos dónde tiene lugar (escuela, centros asistenciales), así como las formas en que es transmitida la cultura enfermera

No es la enseñanza sino la comunicación la que hace posible que se puedan transmitir las experiencias acumuladas en el patrimonio profesional y la que favorece un proceso que, si mantiene su sentido, no puede ser entendido como una mera discusión de ideas ficticias, sino como un ejercicio de capitalización de lo que se descubre y se aprende en el ejercicio profesional.

La enfermería profesional nació por así decirlo con el positivismo. Frente la muy difundida apreciación según la cual el conocimiento se obtiene de una manera neutral y objetiva, observando la realidad tal y como nos viene dada, preferimos adherirnos a la tesis de que ese conocimiento es el producto de una relación entre personas que comparten y cultivan creencias, costumbres y valores, es decir, una cultura, más concretamente, en este caso, una cultura enfermera. El conocimiento no es el producto de la mera observación de una realidad "cosificada" y estable, sino la consecuencia de esa relación intersubjetiva, entre sujetos, así ella se realice a menudo, a través de objetos, de cosas. Desarrollaremos estas ideas más detenidamente en el capítulo 2.

Nos alineamos en la corriente que asume que el conocimiento enfermero es, en última instancia, el resultado de una experiencia vital originada en los más diversos ámbitos de nuestra práctica cotidiana. Desde esa experiencia vital surge la necesidad de buscar y de encontrar el significado que la práctica profesional tiene en nuestras vidas y en las de los demás, un significado que debe trascender el simple hecho de cuidar a un paciente.

Si entendemos la cultura enfermera como el cultivo de la capacidad humana de advertir a y cuidar del otro, y, al mismo tiempo, como el resultado del ejercicio de

esa capacidad, se nos hace evidente que ser enfermera implica defender y poner en ejercicio ciertos valores. Los valores que transmitimos a las nuevas generaciones en las aulas se refieren fundamentalmente a la idea de que la enfermería posee un corpus doctrinal propio, utiliza un lenguaje disciplinar, una metodología científica para investigar y tiene como objetivo optimizar la autonomía funcional del paciente. Hemos tratado de racionalizar el trabajo profesional a través de la definición de actividades autónomas, específicas y cuantificables, de la concreción de las necesidades básicas y su satisfacción. En cualquier caso, conviene recordar que toda esta ardua tarea se lleva a cabo en un contexto poco proclive a los cambios, generalmente absorbente, rutinario y poco estimulante.

Desde hace muchos años las enfermeras han intentado delimitar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidado al lado de las personas de distintas culturas (Kèrouac at col, 1996). En este sentido, algunas teóricas del cuidado han subrayado la idea de que, a menudo, el cuidado es *invisible* (Collière, 1993). Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente, son acciones frecuentemente invisibles. Para cuidar, es decir, para conocer a la persona y su entorno y apoyarla en el logro de sus objetivos, la enfermera necesita algo que es escaso, el tiempo. Un tiempo demasiado corto significa un cuidado enfermero incompleto. Se cumplirán las tareas rutinarias, pero habrá que sacrificar una parte importante del cuidado, la parte que aporta reflexión, apoyo y refuerzo.

Esta tesis cobra sentido dentro de un marco histórico, al proponerse analizar el proceso de creación y desarrollo de la enfermería y, en tal medida, estudiar cómo se ha ido constituyendo su identidad. Estudiaremos las prácticas del cuidado humano desde la prehistoria a nuestros días, incidiendo especialmente en la institucionalización de la enfermería en España y en el origen y desarrollo de los diversos conflictos que han acompañado la evolución de esta profesión hasta el presente y que la han dotado de sus peculiares señas de identidad.

Reconstruir el proceso por el cual la enfermera es configurada al tiempo como profesional y como persona, el objetivo tal vez desmesurado, pero fascinante que asumimos en esta tesis, nos permitirá, sin duda, tomar conciencia de lo que estamos

haciendo sin saberlo, y disponer, en tal medida, de más criterios y más rigurosos para recuperar, si es que la hubiéramos perdido de vista, a la persona cuidada.

### 3. Identidad, pertenencia y continuidad.

Esta tarea desmesurada exige, al tiempo, otra, no menos desmesurada. En efecto, no sabemos muy bien qué estamos acotando cuando hablamos de identidad. Probablemente nadie lo puede saber del todo. En este sentido, más bien tendremos que decidir qué es la identidad. La primera dificultad formal de esta tarea estriba en el hecho de que el término identidad es polisémico y además se confunde muy a menudo con otros conceptos semánticamente relacionados (autoconcepto, autoimagen, autoestima, *self*, yo, autoconciencia). De momento, vamos a asumir, para sortear esta confusión, la hipótesis de que la identidad es lo que se predica del Yo (*self*); es decir, es todo lo que se da en el campo genérico del Yo y le pertenece, bien por adscripción o por imputación. La identidad es todo aquello que el yo asume o identifica como propio, bien sea como propio distintivo o como propio genérico, y aparece vinculado a los sentimientos de continuidad y/o pertenencia. Dicho de otra forma, el yo es una instancia gramatical de la que se predica algo, que podríamos considerar como el contenido de la identidad. Para ir cerrando esta aproximación inicial al problema de la identidad, podríamos decir, todavía de forma muy aproximada, que las condiciones formales de la identidad las pone la naturaleza y su contenido la cultura.

Pero, en realidad, el concepto de identidad, al igual que el de cultura, trasciende el campo específico de la psicología para convertirse en un tópico común a todas las ciencias humanas y sociales. Las aportaciones realizadas al respecto por la psicología social, la psicología cultural, la antropología y la sociología nos demuestran que la reflexión en torno a la identidad no es algo nuevo. Desde la sociología podemos recordar los trabajos pioneros de Berger y Luckmann (1968, 2003), que centran su reflexión en los procesos de transformación de la identidad en el devenir de las sociedades modernas. En el terreno de la psicología social, y desde el enfoque del interaccionismo simbólico, podemos destacar los estudios de Herbert (1934), Turner (1980) o Goffman (1981). Por otro lado, y desde la teoría de la identidad social, el concepto de categorización social de Tajfel (1982) sostiene que los sujetos, además de disponer de una identidad personal, tienen una identidad social, que refleja su red de pertenencia a determinados grupos con los que se identifica. Podríamos decir que la identidad social es, según Tajfel (1982), "*aquella*

*parte del auto-concepto de un individuo derivado de su conocimiento de su pertenencia a un grupo o grupos sociales unidos al valor y significado emocional de dicha pertenencia” (p. 63).*

Diversos autores han intentado mostrar que la identidad no es una realidad sustantiva y a priori, sino que debe ser construida o ejercida (ver, por ejemplo, Castells, 1998) y que está configurada por creencias, valores e instituciones. En este sentido, cabe añadir a las consideraciones que acabamos de hacer que la identidad no sólo es algo subjetivo sino que también tiene una dimensión objetiva. Esto es, la identidad depende de la percepción subjetiva que tienen las personas de sí mismas y de otros, pero deja de tener sentido fuera del marco objetivo de las instituciones y prácticas sociales a través de las cuales, por así decirlo, se materializa. Por último, la identidad es también el valor en torno al cual las personas organizamos nuestra relación con el medio y con los demás individuos. Por todo ello cabe decir que no es una esencia ni una sustancia con la que nacemos y morimos. En nuestra opinión, la identidad es un proceso dinámico que se actualiza a lo largo de la vida, y cuya unidad mínima sería, como veremos un poco más abajo, el acto de identificación.

Antes, y si lo que estamos diciendo sobre la identidad parece razonable, es necesario que pongamos en circulación un concepto de cultura compatible con esta doble faz, subjetivo/simbólica y objetivo/material de la identidad. Entenderemos de momento la cultura como un conjunto de formas relacionadas sobre las cuales los individuos construyen lo que podríamos considerar significados subjetivos (Muñoz, 2007). Podríamos decir que la cultura es, por tanto, un sistema de significados o pautas de interpretación que es comunicado, transmitido y transformado a través de los procesos de socialización y en virtud del cual organizamos nuestra experiencia personal y grupal; la cultura, de este modo, sirve para ordenar y estructurar el presente a partir una cierta lectura del lugar que ocupamos en ella. La cultura nos permite así construir o reconstruir los sentidos del mundo en el que habitamos. Entendemos que el ser humano es un actor que dialoga con su entorno y le dota de sentido, un punto de vista clásicamente defendido desde la fenomenología de Schutz (1974). En resumen, podemos decir que el hombre construye los sentidos y significados de su mundo y que lo hace inmerso en una cultura determinada. La cultura deja de ser entendida, por lo tanto, como mero contexto y se convierte,



desde este punto de vista, en el escenario desde el que cabe interpretar los procesos de constitución y transformación de la identidad. En definitiva, y como anticipábamos, la cultura y la identidad son dos conceptos vinculados. La relación entre identidad y cultura se fundamenta en el hecho de que la cultura oferta a los sujetos y a los grupos sistemas de significado que sirven como andamios para construir la identidad. La identidad existe, por tanto, como subproducto de un sistema de valores y creencias determinados que se hayan anclados en una cultura, si bien no necesariamente deben ser compartidos por todos los miembros de la misma.

En este sentido, la cultura está constituida en su presente por personas, grupos e instituciones con roles asignados. La realidad de la vida cotidiana según Berger y Luckmann (2003), *“se presenta ya objetivada, o sea, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que yo apareciese en escena”* (p. 37). Y es en esa realidad de la vida cotidiana donde el Yo se va constituyendo en un mundo intersubjetivo compartido con otros yoes. De este modo, el espacio intersubjetivo se vuelve objetivo en la interacción y comunicación con los otros, un proceso que cabe resumir en el esquema que incorporamos en la figura 1.1., y que hemos completado a partir del esquema propuesto por Barclay y Smith (1992).

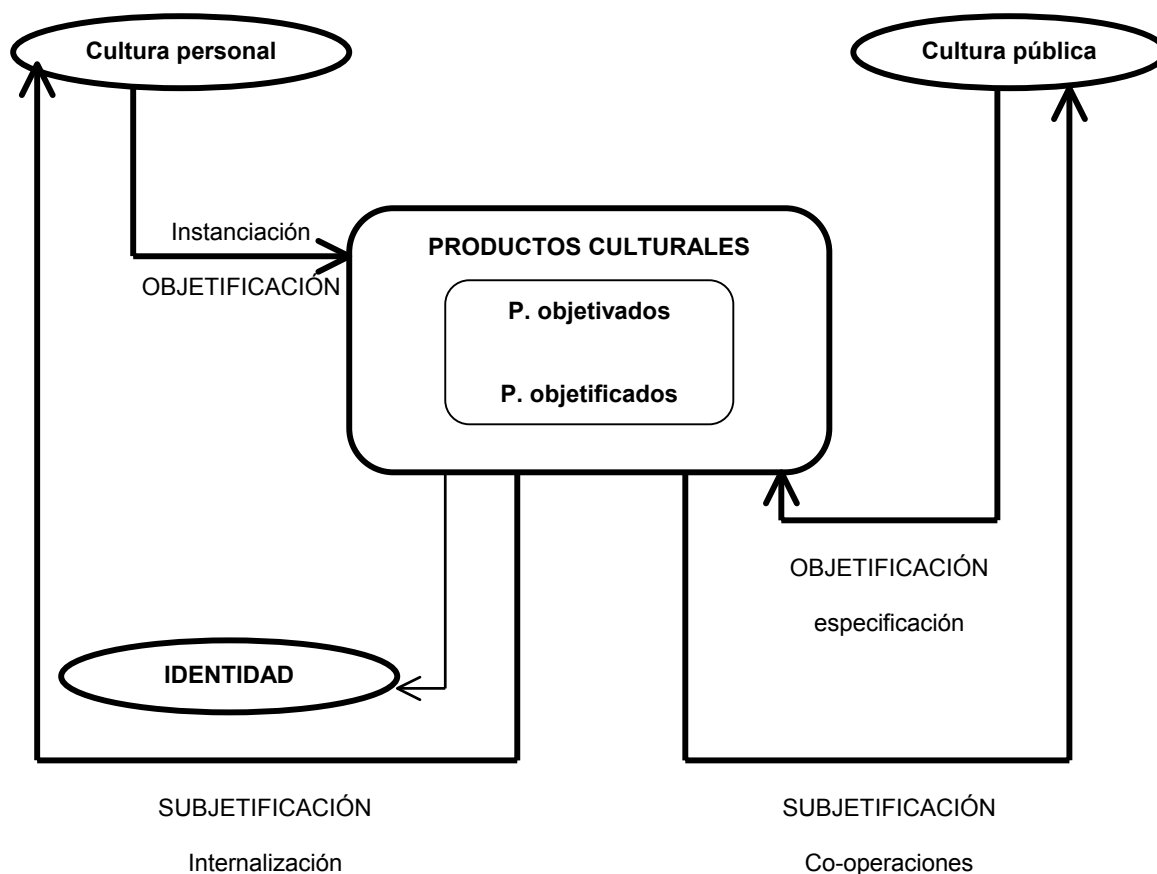


Figura 1.1. Dinámica cultural de la identidad (adaptado de Barclay y Smith, 1992).

La identidad, articulada en una dinámica de constitución permanente a través de actos de identificación concretos, se convierte en el gozne de todos los procesos de objetivación y subjetivación que articulan la coexistencia de individuos y grupos sociales. Como Rosa y Blanco (en prensa) han puesto de manifiesto, existen diversos tipos de actos de identificación cuya vocación de especificar o vincular debe ser establecida a partir de la dramaturgia en la que cobran sentido.

En primer lugar, cabe considerar lo que podríamos llamar actos de identificación **categoriales**, íntimamente relacionados con situaciones normativas en las que el yo se presenta a sí mismo literalmente como miembro de una clase o categoría a través de algún tipo de prueba, generalmente formal (carnet de identidad, tarjeta de socio, etc.). Podríamos decir que este tipo de acto de identificación fuerza la explicitación de un vínculo formal y genérico del individuo con el grupo.

En segundo lugar, cabe mencionar los actos **simbólicos** de identificación, por los cuales el individuo señala, o subraya, su vinculación estructural, y no meramente formal, con el grupo, poniendo en juego alguna forma simbólica cuyo valor es compartido por el grupo (jergas, dialectos, “firmas” en las paredes, opciones estéticas, himnos, ritos).

Finalmente, cabe considerar los actos discursivos de identificación, actos por los cuales, y de forma estratégica o consciente, el yo enuncia sus contenidos, aquello que lo hace específico y que, al tiempo, lo vincula con el grupo. Estos actos discursivos son tal vez la forma más elaborada de presentación del yo, en la medida, como vemos, en que exigen una consideración consciente, incluso teórica, podríamos decir, de la operación (discursiva) misma por la que el yo se revela ante uno mismo o ante el otro. Podemos pensar que existen dos formas básicas de presentar discursivamente el yo:

- (a) como un listado de rasgos o propiedades formales o simbólicas que permiten que el yo se presente bajo la lógica específica y al tiempo genérica de sus elecciones categoriales (“soy español, y, sin embargo, meronita; trabajo como enfermera, aunque jamás he visto una herida abierta; vivo en pareja, pero no estoy casada; tengo una hija adoptada; me gusta la música de Peter Gabriel y las óperas de Verdi”).
- (b) o bien como un relato, que además de permitir organizar en el tiempo estas elecciones categoriales nos permite dar cuenta de la continuidad del yo a pesar de los cambios que introduce la experiencia.

Dedicaremos el resto de nuestro argumento en este epígrafe a tratar de justificar las razones que nos llevan a considerar que los actos de identificación narrativos constituyen el esqueleto de la identidad y, al mismo tiempo, la forma externa más elaborada de organizar nuestra experiencia y de decidir, si el juego nos lo permite, quiénes somos.

Para empezar conviene señalar que, evidentemente, en este capítulo partimos del prejuicio de que la actividad del ser humano es siempre significativa, esto es, tiene un sentido respecto de unos ejes normativos, no transcendentales, que configuran la cosmovisión propia de una cultura en un momento o lugar

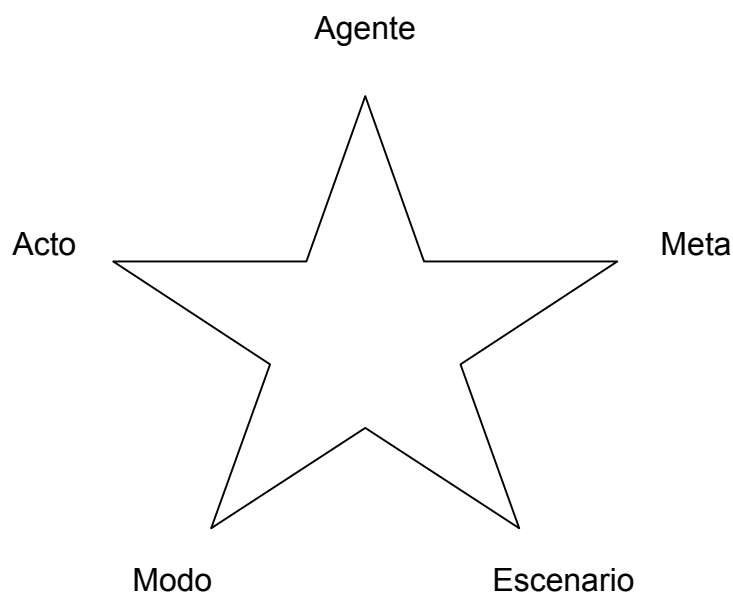


Figura 1.2. Pentada dramática Burke (1969).

determinado. Entendemos, en este mismo sentido, y al igual que Burke (1969), que cualquier acción puede, en tal medida, ser objetivada y convertida en materia de análisis. De tal manera que toda forma de acción es una forma de “acción dramática” (o interpretada, tanto en el sentido de “representada”, “impostada” o “simulada”, como en el sentido de “comprendida”, “leída” o, incluso, “explicada”), y su articulación funcional es abordable desde la lógica de la interacción temporalmente significativa (narrativa) entre los cinco elementos de la gramática de motivos expuesta por Burke. Estos cinco elementos son el **agente** (a quién o a qué se atribuye la responsabilidad de la actividad), el **medio** (*agency*, qué instancias o vehículos son empleados o emanan del cumplimiento de un fin), el **escenario** (marco cronotópico, espacio-temporal, que hace posible la acción), la **acción** (la actividad y la manera en que se lleva a cabo) y el **propósito** (la meta, el porqué o para qué, de la actividad). Burke nos hace ver que la articulación narrativa de estos cinco elementos puede dar cuenta de cualquier forma de acción pensable en nuestra cultura. Dicho justo al revés, que no hay ninguna forma de concebir la acción culturalmente viable que no implique la articulación narrativa de estos cinco elementos. Aunque Burke pensó en este asunto como forma de aproximación teórica a los problemas de la literatura, en general, y del teatro, en particular, en

realidad asume que esta idea matriz es aplicable también a las teorías formales (psicológicas, antropológicas, sociológicas) sobre la acción humana.

A poco que se entienda la idea de que toda descripción objetivada de una actividad implica la posibilidad de engatillar en una unidad temporalmente significativa estos cinco elementos dramáticos, se entenderá también que todo enunciado de acción es, o cobra sentido en, un relato. Los relatos son los laboratorios de la experiencia. Con las cosas experimentamos en los laboratorios, con las acciones experimentamos en los relatos. Sólo desde este punto de vista se puede asumir la idea, tan extendida en los últimos tiempos, de que toda forma de identidad es en el fondo una identidad narrativa, un conjunto de acciones protagonizadas y temporalmente organizadas en una unidad significativa y verosímil.

En realidad, todo relato es una articulación particular de una teoría general de la acción humana, o de algunas de sus dimensiones o conflictos básicos. Y toda teoría sobre la acción humana implica llevar a cabo, como señalábamos anteriormente, un balance sobre las relaciones en el tiempo entre los cinco casos de la pentada (**agente, acción, meta, modo y escenario**).

El primer nivel de determinación del relato identitario es, en este sentido, su **estructura** (derivada de las reglas gramaticales que usamos para comprenderlo o para producirlo) y el último su **dramaturgia**, es decir, la relación que mantiene su contenido y la teoría que transporta con el *cronotopos* (las circunstancias espacio-temporales, la cultura, en un sentido más profundo) en el que el relato cobra sentido.

En efecto, uno de los mediadores más básicos de los que disponemos para producir e interpretar un relato, y por lo tanto, para estructurar nuestra identidad, es la gramática del relato. Podemos entender una gramática del relato como un conjunto de reglas cuya aplicación nos permite garantizar que un texto determinado es un relato. En la práctica, podríamos decir que una gramática del relato funciona como un sistema de expectativas que nos indican cuál es el orden adecuado (en el plano de la historia) de los acontecimientos narrados y las operaciones legales para alterar dicho orden.

Las gramáticas del relato son versiones sofisticadas del esquema tradicional (de origen aristotélico) “planteamiento-nudo-desenlace”. Una de las gramáticas del

relato más conocidas es la que contiene el célebre libro de Propp (2000), *La Morfología del Cuento*. A partir de entonces se han producido muchas. En general, la gramática más simple supone que toda historia debe contener, implícita o explícitamente:

- (1) un *setting* (conjunto de condiciones iniciales en situación de equilibrio),
- (2) un *acontecimiento precipitante* (que altera el equilibrio inicial),
- (3) una *reacción interna* o psicológica,
- (4) un *plan de acción*,
- (5) una *acción* (o sucesión de acciones), que funcionan como intentos de restaurar el equilibrio inicial,
- (6) un *resultado* (para cada intento de restauración del equilibrio) y
- (7) una *conclusión* (a veces adquiere explícitamente es status de “moraleja”).

Algunos autores opinan que estas gramáticas son una realidad cognitiva y que tienen un carácter universal. Lo más probable, en nuestra opinión, es que las reglas de la gramática estén muy condicionadas por la cultura y que resulta más útil pensarlas como sistemas particulares de codificación de la experiencia para ser comunicada.

Vamos a asumir, entonces, la narratividad como la forma más primaria e irrenunciable de elaborar y especificar nuestra experiencia a partir de recursos simbólicos comunes a los miembros de una determinada cultura. Por esta razón, las narraciones en las que nos especificamos como miembros de un colectivo se convierten en el núcleo organizador de nuestra identidad. La identidad narrativa es la manera de contarse a uno mismo quién es a partir de la historia que ha vivido y permite mantener un sentido estable del sí mismo en el transcurso de la vida, a través del juego constante entre la continuidad y la variabilidad de la experiencia. Es, por tanto, el tratamiento narrativo del yo lo que proporciona las características de

unicidad y continuidad del sentido del sí mismo, y lo que nos permite reconocernos en nuestra propia subjetividad.

Es en el espacio narrativo imaginario donde se realiza la continua reordenación de la experiencia presente, resultado de la constante influencia recíproca entre el recuerdo y el horizonte de expectativas, entre la memoria y el futuro, en relación con el cual nos movemos. El proceso de configuración de la identidad narrativa hace posible ordenar la experiencia del devenir temporal a través del balance entre la integración del pasado y la anticipación de la experiencia futura. Esto permite la consiguiente estabilización de una autoimagen consciente, aceptable y unitaria.

Desde nuestro punto de vista, ya no se trata de explicar lo que la gente es y hace a lo largo de su vida, sino, además, y sobre todo, como dice Bruner (2000), de analizar lo que la gente dice que es y, en tal medida, hace en su vida cotidiana.

Nuestro interés por poner de manifiesto el fundamente narrativo de la identidad cobra sentido en el contexto de esta tesis por dos razones: en primer lugar, porque entendemos que si existe, al día de hoy, una identidad enfermera material u objetiva, ésta se tuvo que fraguar en el tránsito histórico entre formas culturales objetivas (roles, instituciones, símbolos y creencias compartidas), lo que justifica nuestra voluntad de reconstruir ese tránsito histórico, al menos en nuestro país; y, en segundo lugar, porque sospechamos que, en efecto, las enfermeras disponen de formas de identificación categoriales (tarjeta de colegiado, de sindicato, título académico) o simbólicas (uniforme, cofia, santo patrono, Día Internacional de la Enfermería), pero carecen, como colectivo, de formas de identificación narrativa elaboradas, que les permitan entenderse a sí mismas, advertir la naturaleza de sus conflictos y, ocasionalmente, de sus formas particulares de padecerlos. Por eso, nos parece, tiene sentido esta tesis. Pero veamos antes de dónde partimos, qué sabemos o qué se ha dicho sobre lo que constituye simbólica o categorialmente la identidad enfermera.

## **4. Identidad Enfermera.**

### **4.1. Los parámetros generales de la identidad enfermera.**

Antes de ver cómo la cultura enfermera académica ha abordado el tema de la identidad, permítame el lector hacer algunas consideraciones sobre esta cuestión que anticipan el contenido mismo del relato que desplegaremos a los largo de esta tesis.

En primer lugar, debemos anticipar que las instituciones sanitarias modernas son herederas de las instituciones caritativas y religiosas, algo crucial para entender el desarrollo de la identidad enfermera contemporánea. Las actuales instituciones sanitarias son el resultado de una historia socioinstitucional compleja. Los hospitales modernos aglutinan un programa institucional, a la vez complejo y ambiguo, provocado por dos factores fundamentales. Por una parte, recogen la herencia de las instituciones religiosas y caritativas y, por otra, contienen la historia de una institución científica gobernada por la medicina. Como sabemos, esta disciplina se convierte en ciencia a partir del siglo XIX. La enfermería en la actualidad está marcada por estas dos historias, de tal manera que la progresiva aproximación de estos dos mundos, en nuestra opinión, aún no ha permitido desarrollar un sólido modelo integrador y, por consiguiente, no ha constituido un solo programa institucional. Entre las razones que han dado lugar a la emergencia de lógicas distintas, estarían las siguientes:

- (1) La paulatina burocratización de las organizaciones sanitarias.
- (2) Las clasificaciones de la enfermedad, que se convierten en el centro o eje de la actividad asistencial en detrimento de la consideración del enfermo, en tanto persona.
- (3) El desarrollo de la tecnología, que se vuelve la clave del éxito científico.
- (4) La progresiva sensibilidad del hospital a los derechos de la ciudadanía, no sin que se den resistencias entre los profesionales sanitarios. La apertura hospitalaria se debe a los logros sociales que se han



desarrollado en diversas reglamentaciones. Así, el derecho a la información sobre el proceso de salud, tanto verbal como escrita, el consentimiento informado a la hora de cualquier manipulación con riesgo, el conocer el nombre del médico responsable, etc., van dando paso a un tipo de atención a la salud diferente, con más garantías formales.

El ejercicio profesional de las enfermeras está inmerso en estas lógicas y también se ve atrapado en un malestar estructural, secular, en cuyo fondo palpita una demanda casi urgente de reconocimiento social. Las enfermeras experimentan la tensión entre lo que de hecho se les exige en el servicio y la naturaleza hipotética de su profesión. Podríamos decir que el ejercicio profesional de las enfermeras, en estos momentos, no tiene un núcleo bien definido, ya que en las modernas instituciones, fundamentalmente en el hospital, se debaten entre la dependencia de la praxis médica, supuestamente científica, la colaboración en la atención a la salud y la atención a las personas o grupos desde su autonomía profesional.

El médico varón y la enfermera religiosa representan los cimientos sobre los que se articula en nuestra cultura la jerarquía en los hospitales modernos. A partir de un proceso de división del trabajo con profundas raíces históricas, los médicos fueron hombres-intelectuales y las enfermeras mujeres de intachable moral, abnegadas y sacrificadas, bien fueran religiosas o laicas. Ambos modelos tienen sus fondos normativos, y por eso el concepto de enfermo nunca fue del todo compartido por ambos colectivos. No cabe duda de que la transformación de los hospitales en auténticas organizaciones, al uso de cualquier otra empresa de servicios, ha ido consiguiendo que se vayan acercando estas dos visiones, en parte como consecuencia de la apertura del hospital a toda clase de personas y enfermedades. Al menos en la medida en que el estado asume económicamente el peso de la salud, la organización sanitaria aumenta el número de servicios médicos, el poder administrativo se va implantando y, aunque la salud no tiene precio, se evidente que sí tiene un costo.

El desarrollo tecnológico, la tecnificación de la asistencia, la superespecialización, la lógica de la asignación de los enfermos a servicios concretos y la protocolización de la actividad sanitaria son los motores del desarrollo

del mundo social hospitalario, que junto a los servicios y el reparto de recursos, las programaciones de los ingresos y altas, constituyen el universo en el que se da el proceso de socialización de la enfermera contemporánea.

Las prácticas cuidadoras, o el cuidado enfermero, si se prefiere, han cambiado, de tal modo que el tiempo destinado a la relación con los enfermos ha disminuido en beneficio de la aplicación de procedimientos. Generalmente, la terapéutica farmacológica constituye la actividad que absorbe la mayor parte del tiempo en una jornada de trabajo. La relación e interacción con los pacientes, y las actividades que esto conlleva, están poco valoradas, en general, en las organizaciones sanitarias. Por consiguiente, la enfermera debe de alguna manera elegir entre brindar los cuidados centrados en lo relacional o en el aspecto técnico. La mayor parte de las veces, la enfermera no tiene margen para elegir, ya que la carga de trabajo protocolizado es tal que se convierte en una auténtica ejecutora de técnicas. Es en este tipo de cultura organizacional donde crece y se desenvuelve la enfermera.

De este modo, la enfermera contemporánea se debate a la hora de elegir una actitud identitaria nuclear entre (1) el desempeño de una **actividad cuidadora integral tradicional**, que enfatiza la relación de cuidado (Apker, Zabava y Fox, 2003; Ewens, 2003) y en la que priman, por tanto, los aspectos relacionales de escucha activa, acompañamiento y comprensión de las necesidades del enfermo, o (2) el desarrollo prioritario de tareas técnicas protocolizadas, dejando estas actividades de relación integral con el paciente, en un segundo plano, para cuando hay más tiempo (MacIntosh, 2003). Algunos otros autores han destacado también la idea de que la identidad de la enfermera puede estar basada en la consideración de lo femenino como rasgo nuclear (Muldoon y Reilly, 2002; Dombeck, 2003) y los valores asociados a la feminidad (Nicolson, Burr y Powell, 2003; Parker, 2005), como si ser enfermera constituyese algo así como una evolución cultural institucionalizada de una propensión natural de la mujer a ser afectiva, simpática, cariñosa, sensible y acogedora.

Por otra parte, la identidad enfermera ha sido también estudiada a partir de las conductas observables de las enfermeras, de la imagen que proyectan y de los tipos de interacción con otros grupos dentro del equipo de salud o de su propio

equipo de enfermería (Ewens, 2003). En un trabajo con estudiantes de enfermería, Dutoit (1995) hace ver que los estudiantes tienen la conciencia de que en el ejercicio profesional las enfermeras deberían mostrar con claridad conductas, actitudes o roles asociados con la independencia, el liderazgo, las cualidades de pensamiento crítico y el compromiso con la profesión (DuToit, 1995). El autoconcepto, autoimagen y autoestima como grupo (Melia, 1987; Randle, 2002) es también una forma habitual de estudiar la identidad en los trabajos que sobre el particular se han llevado a cabo desde el ámbito de la enfermería. En general, y como era previsible, estos estudios encuentran que la enfermeras tienen una representación escasamente adaptativa o débil de sí mismas.

Numerosos trabajos han puesto, en efecto, de manifiesto el lado oscuro de este proceso de búsqueda identitaria. Las enfermeras, por ejemplo, se sienten habitualmente oprimidas por la organización, en general, o por los médicos (Hughes, 1988) y consideran que no se las tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones relacionadas, por ejemplo, con el alta de los pacientes, la terapéutica farmacológica, las pruebas diagnósticas o los posibles cambios organizativos en las unidades. Por otra parte, en muchos casos no se sienten reconocidas por sus superiores inmediatos (dirección de enfermería). Cuando surgen conflictos con los médicos, en raras ocasiones piensan que su supervisor de unidad o supervisor de área hacen todo lo posible por resolverlos. Las plantillas son insuficientes si se desea trabajar con los pacientes y familias, ya que existe un doble discurso: oficialmente se trabaja “por pacientes” (considerados globalmente, se entiende), pero en realidad la enfermera hace tareas adjudicadas por el sistema y sabe que no suele llegar a conocer en profundidad las necesidades de los mismos (Öhlén y Segesten, 1998; Fagerberg, 2003). El ritmo de trabajo es muy acelerado, todo se hace de prisa y las enfermeras sienten que no controlan totalmente su desempeño (Fagerberg y Kihlgren, 2000). Experimentan conflictos de rol y tensiones derivadas de su desempeño (Apker, Propp y Zabava, 2005). Sienten, además, que otros colectivos tienen tiempo para llevar a cabo otras actividades en su horario laboral, mientras que en el caso de la enfermería en cualquiera de sus niveles, solamente existe el tiempo asistencial. Por tanto, las sesiones de enfermería y otras actividades de formación deben realizarlas, en general, en su tiempo libre fuera de la jornada laboral. Todas estas cuestiones hacen que se experimente un cierto resentimiento estructural.

Saben que deben formarse, pero a la vez no ven que esto, en principio, sirva para lograr una mejor consideración. Digamos que el sentimiento de unión, derivado en parte del sentido de pertenencia, está fundamentalmente construido sobre un sentimiento de inferioridad, de desventaja, que conduce a una baja autoestima (Fagerberg, 2003) en relación con lo que creen ser y, a la vez, con lo que creen que la organización les considera.

Saben que sin ellas el sistema sanitario no puede funcionar, pero a la vez no creen en los cauces formales para salir de la situación que viven. De esta forma, son pocos los incentivos que la organización pone en juego. La motivación es un elemento importante, para no experimentar disonancia (Fagerberg, 2003). La evaluación del desempeño de los jóvenes no siempre es adecuada, si tenemos en cuenta que las cargas de trabajo son las mismas que para las enfermeras expertas. Como ya hemos señalado, el proceso de socialización de las futuras enfermeras está estrechamente ligado a dos situaciones de aprendizaje, la que viven en la escuela y la que desarrollan en las prácticas clínicas. La dicotomía y fragmentación de estos dos escenarios trae como consecuencia que los estudiantes, ante el conflicto de intereses traten de solventar su disonancia desarrollando estrategias de adaptación a veces estrictamente formales a estas situaciones (Melia, 1984).

Digamos que el desarrollo de la identidad se lleva a cabo sobre el fondo del funcionamiento de la organización y los objetivos del colectivo médico, y bajo el supuesto de un trabajo en equipo. Pero la vivencia de las enfermeras es que el médico sigue tomando las decisiones (Halford y Leonard, 2002; Nelson y Gordon, 2004).

#### **4.2. La identidad enfermera en España.**

Aunque no hay diferencias sustantivas entre los problemas identitarios de las enfermeras españolas y los que, como acabamos de ver, tienen que solventar las enfermeras de otros países, podemos afirmar que las enfermeras españolas tienden a enfatizar más frecuentemente su condición de víctimas. Este victimismo identitario puede haberse originado en un diseño curricular profundamente condicionado por el criterio médico y pensado para servir a los intereses de este colectivo. No debe extrañarnos que en un momento determinado de nuestra historia reciente las

actividades de cuidado propias de la enfermería fueran desempeñadas bajo la cobertura formal del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). Anticiparemos que esta denominación no ha existido nada más que en España.

En numerosos trabajos de enfermeros españoles sobre tópicos relacionados con la identidad enfermera se refleja esta situación. La idea es que la cultura enfermera española contiene un elemento clave o fundamental para comprender la actual situación identitaria. Las enfermeras han tenido que asumir ser denominadas A.T.S., una denominación carente de significado y sin parangón en ningún otro lugar, que ha estado vigente durante casi un cuarto de siglo (entre 1953 y 1977), tal vez como una forma de subrayar abiertamente la supeditación del cuidado a la curación, de la actitud enfermera a la actitud médica. Además, la formación tanto teórica como práctica, así como las instituciones destinadas a la formación, durante este período fueron diferentes para las mujeres y para los hombres que decidían estudiar A.T.S, una estrategia, tal vez, para profundizar aún más en el proceso de elaboración institucional del poder de los médicos (varones) en nuestro país. En efecto, la coeducación estaba prohibida, ofreciéndose una formación desigual y poco favorable para las mujeres.

Cuando comienza la etapa universitaria, las expectativas de cambio y desarrollo profesional, quizás de manera ingenua, se centraron en la nueva formación. Sin embargo, los cambios formativos bajo los nuevos planteamientos y la elaboración de un nuevo *currículum* orientado a profundizar en la autonomía disciplinar de la enfermería, ya que contiene materias formalmente específicas del área de conocimientos de enfermería, no podrán superar por sí solos la tradición cultural imperante en la praxis sanitaria. No obstante, a partir de los años 80 se pone de manifiesto la necesidad de construir o restablecer la auténtica identidad enfermera, alejando o distanciando los esquemas de profesión auxiliar e invisible (Alberdi, 1987a; García y Buendía, 2001; Martínez Riera, 2004; 2005).

El conflicto de intereses entre los A.T.S. y los enfermeros noveles provocó que estos nuevos profesionales quedasen atrapados, casi siempre, en las redes de la cultura sanitaria tradicional, ya que el sistema organizacional era más fuerte que las nuevas formas de socialización propuestas en la escuela. Por esta razón, los nuevos profesionales a menudo se muestran a sí mismos como atrapados

identitariamente por esta tensión entre lo que la escuela espera de una enfermera y lo que espera el sistema sanitario (Martínez Riera, 2005). Como consecuencia, en parte, de todo lo que acabamos de decir, podríamos afirmar que coexisten tres tipos de identidades en nuestro país, si observamos y escuchamos como se presentan los actuales enfermeros: algunos enfermeros se denominan A.T.S., otros A.T.S. y enfermeros, y, por último, algunos se identifican abiertamente como enfermeros (Alberdi, 1987b; García y Buendía, 2001).

Son pocos los trabajos sobre identidad realizados por enfermeros españoles (Alberdi, 1987a; García y Morales 2001; Salas, 2003; Martínez Riera, 2004; 2005; Siles, 2005) y, en general, cuando se habla de identidad, se suele traer a colación de forma colateral y, en nuestra opinión, sin profundizar en el tema, es decir, no se parte de ningún modelo, teoría o posición epistemológica para situar el constructo identidad. Excepto, tal vez, en un trabajo de Siles (2005), que propone un modelo para el estudio de la identidad desde un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Su propuesta, si bien voluntariosa, nos parece algo ambigua y no aporta ninguna idea sustantiva a lo que hemos dicho hasta ahora. Por otra parte, conviene recordar también el estudio exploratorio de carácter antropológico de Cánovas (2004), que se centra en el análisis de la cultura de trabajo y sus relaciones con el género, para mostrarnos que la identidad socioprofesional interiorizada (actitudes, valores) tiene diferentes grados o niveles de implicación para las enfermeras y, por tanto, no existe una identidad enfermera común y única.

La preocupación por la feminización y sus consecuencias en la profesión ha sido extensamente estudiada desde la enfermería española (ver, entre otros, Alberdi, 1987b; Medina, 1999), y existe una clara conciencia dentro del colectivo del hecho de que la cultura enfermera está configurada por una ideología de género, en el seno de la cual la mujer ha salido casi siempre perdiendo. El argumento ya lo hemos visto un poco más arriba: la enfermera mujer posee cualidades naturales de paciencia, sumisión, sacrificio y renuncia que la coloca en una posición idónea para cuidar.

Además, la enfermería laica, como veremos posteriormente en este mismo trabajo, nació y se consolidó como una pseudoprofesión al servicio de la medicina, como una práctica que trasladó las tareas de cuidado desempeñadas en el hogar al

hospital. Sin embargo, poco se ha escrito sobre los saberes de los enfermeros y enfermeras religiosas, que, como veremos, no se sometieron formalmente a la dominación de los médicos.

## 5. Conclusiones.

En este capítulo hemos definido el motivo que anima esta tesis doctoral, el proyecto general en el que cobra sentido y el objetivo concreto que trata de sacar adelante dentro de la lógica de este proyecto general. El motivo es seguramente la constatación personal de una seria crisis identitaria en la enfermería que se manifiesta con especial virulencia en la cultura enfermera española. Una crisis que da lugar a patrones recurrentes de insatisfacción laboral que, cada vez más frecuentemente, cursan con manifestaciones clínicas. En efecto, y esta es la hipótesis que prevalece a esta tesis doctoral, el *burnout* se ha ido convirtiendo en el síntoma más acuciante de esta crisis identitaria, de tal modo que cualquier intento de entender la especial incidencia de este síndrome entre las enfermeras debe tomar en cuenta la forma específica que adopta esta crisis identitaria en este colectivo.

Por lo tanto, un proyecto general al servicio de esta hipótesis debe ser capaz de dar cuenta (1) del modo en que se constituyen las condiciones para la crisis a lo largo del proceso de socialización (formación e incorporación al mundo laboral) de las enfermeras y (2) del modo en que se han ido definiendo y distribuyendo históricamente las tareas ligadas a las actividades de cuidado entre distintos roles y funciones. Esta tesis deja para un segundo momento (aunque disponemos ya de datos al respecto) el primer objetivo y se centra en la tarea de proponer un fundamento histórico desde el cual entender la situación de crisis e insatisfacción actuales de las enfermeras. Un fundamento que creemos crucial para que los psicólogos dispongan de un criterio que permita entender la especificidad de los conflictos psicológicos propios de este colectivo.

Una vez revisada la literatura actual sobre insatisfacción laboral y *burnout* en el ámbito sanitario, este primer capítulo ha intentado buscar sus propios antecedentes y definir las dimensiones básicas de la identidad enfermera fuera y dentro de España, dimensiones que se presentan a menudo como auténticos conglomerados de síntomas a partir de los cuales resulta relativamente sencillo hacer una suerte de topografía de la cultura enfermera actual.

En el siguiente capítulo intentaremos describir la concepción de la historia que defendemos y desde la cual entendemos que debemos proceder en nuestra tarea de



reconstruir las condiciones histórico-materiales sobre las que se ha ido armando la identidad enfermera.



## **CAPITULO 2**

### **FILOSOFÍA FORMAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.**



## CAPÍTULO 2

### FILOSOFÍA FORMAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.

#### 1. Introducción.

Independientemente de los resultados que alcancemos al final de este trabajo, no parece demasiado honesto que obviemos, dado el signo de los tiempos que corren, el problema de justificar cuál puede ser el sentido de emprender hoy día una investigación en el ámbito de la historia de la enfermería que pretende aportar argumentos relevantes para la comprensión de los conflictos psicológicos que aquejan a las enfermeras en el ejercicio de su profesión.

El escaso peso específico de la historia de la enfermería en el ámbito académico se ha intentado justificar a partir de una línea de argumentación tal vez demasiado intuitiva y extendida según la cual la enfermería es una disciplina institucional y formalmente demasiado joven como para tomar conciencia de su historia. La historia de la enfermería se entendería, entonces, como una consecuencia histórica secundaria de la acumulación de conocimientos y de la diversificación disciplinar de la propia enfermería.

En contra de este modo de argumentar se puede aducir que el proceso disciplinar de la historia de la enfermería no ha seguido en ningún caso un desarrollo lineal. A lo largo de los últimos años del siglo XIX y durante el período que precedió a la cristalización institucional de las teorías enfermeras, la historia de la enfermería conoce un cierto auge en casi todos los países. Como veremos, el auge de la historia de la enfermería es un síntoma inequívoco de un proceso de refundación de la identidad enfermera que pasa por la toma de conciencia disciplinar a partir de su desarrollo académico. Pero veamos ahora cuál es nuestra idea de la historia, en general, y de la historia de la enfermería en particular.

## **2. Algunas cuestiones previas sobre la naturaleza de las disciplinas históricas.**

Independientemente del enfoque filosófico que se adopte y del objeto regional del que se ocupe (historia de la Ciencia, de los sistemas políticos, de la cultura, del Arte, etc), cualquier proceso de reflexión sobre las funciones de la Historia debe posicionarse sobre tres tipos de cuestiones que afectan a la propia naturaleza de las disciplinas históricas. Tales cuestiones son las que Ferrater (2004) denomina (1) cuestiones ontológicas, (2) cuestiones epistemológicas y (3) cuestiones metodológicas.

En realidad, el planteamiento de tales problemas sólo cobra sentido a partir de una distinción previa entre lo que el mismo autor entiende por filosofías formales y filosofías materiales. Por filosofías materiales Ferrater entiende aquellos sistemas de criterios que permiten llevar a cabo ordenaciones e interpretaciones específicas de la realidad histórica, mientras que por filosofías formales entendemos sistemas de criterios que permiten hacer Historia, construir conocimiento histórico, y que fundamentan tal actividad. En las filosofías materiales, pues, deben estar implícitas, de alguna manera, filosofías formales, de tal manera que hipotéticamente debería ser posible abstraer una filosofía formal a partir de una filosofía material. La ordenación de estadios (teológico, metafísico y positivo) en la Filosofía de la Historia de Comte es una filosofía material que lleva entrañada una filosofía formal, aunque no se haga explícita en todas sus dimensiones.

La tarea que aquí nos planteamos tiene que ver, en este sentido, con la reflexión sobre algunos de los criterios que, en última instancia, nos permitirían elaborar una filosofía formal de la historia de la enfermería, es decir, una filosofía histórica fundamental que nos abra el camino de la justificación disciplinar.

Ahora bien, toda reflexión formal exige una reflexión previa sobre las cuestiones que antes anunciábamos. Por un lado, exige plantearse preguntas como ¿qué es la Historia?, ¿son los objetos históricos y los naturales equivalentes en algún nivel?, ¿es la Historia un tipo de realidad distinta a la realidad natural? (cuestiones ontológicas). Por otro lado, debemos dar respuesta a cuestiones que radican en la relación entre la realidad histórica y el sujeto epistémico, es decir, cuestiones tales como ¿es posible conocer legalmente la Historia?, ¿cuál es el

criterio de demarcación científica en la Historia?, ¿busca la Historia verdad o verosimilitud? (cuestiones epistemológicas). Finalmente, sería necesario tomar posiciones respecto a cuestiones como ¿cuáles son los niveles de análisis sobre los que se debe centrar la investigación en historia de la ciencia?, ¿qué tipo de evidencia debemos manejar en historia de la ciencia?, ¿cuáles son los mecanismos que nos permiten dar cuenta del cambio o de la continuidad entre los eventos históricos? (cuestiones metodológicas). Vayamos, pues, por orden.

### **2.1. Problemas Ontológicos. El cuidado como objeto de segundo orden para una Historia de la Enfermería.**

Respecto a los problemas ontológicos se han ofrecido a lo largo de la historia de las ideas soluciones diversas, pero que, en líneas generales, podrían ser agrupadas en dos posturas aparentemente contrapuestas: de un lado, algunos autores han sostenido la idea de que la historicidad no es un mero atributo formal de la realidad, sino una característica sustantiva que permite pensar en una distinción radical entre los objetos sobre los que versan las ciencias naturales y los objetos de la Historia. Otros autores opinan, por el contrario, que los objetos de la Historia, son cualitativamente equivalentes a los objetos naturales. En cualquier caso, la respuesta al problema ontológico debería condicionar, hipotéticamente, la solución al problema epistemológico. En realidad, lo que ocurre más frecuentemente es que los historiadores evitamos estos problemas y nos centramos directamente en la solución de los problemas metodológicos que impone el análisis histórico. Incluso, en algunos casos, el problema del método se intenta resolver a través de la prescripción de técnicas metódicas para el análisis histórico, incurriendo en un arriesgado ejercicio de identificación entre enfoques teóricos y técnicas metódicas.

Aunque este trabajo no pretende sino señalar los problemas ontológicos, epistemológicos y metodológicos arriba propuestos, sí parece conveniente apuntar algunas implicaciones evidentes de las soluciones parciales a estos problemas. Por un lado, asumir la necesidad de una distinción ontológica entre objetos históricos y objetos naturales se justifica en el marco de la escisión tradicional entre Ciencias Naturales y Ciencias Sociales, escisión que entraña la idea de que los objetos sociales conllevan un proceso de definición según el cual algunas de sus propiedades resultan inabordables a partir de las estrategias legales de la Ciencia

Natural. Desde un punto de vista epistemológico, se entiende que el conocimiento de los objetos sociales implica la puesta en funcionamiento de mecanismos cognitivos “naturales” diferenciados de los mecanismos “naturales” implicados en el conocimiento de los aspectos objetuales o extensos de la realidad.

Pero veamos qué implicaciones concretas presenta el planteamiento escisionista tradicional para la historia de la enfermería. En primer lugar, tal escisión suele abundar en la idea de que las afirmaciones de las Ciencias Sociales generan menos seguridad cognitiva que las afirmaciones de las Ciencias Naturales. En el caso más extremo se puede llegar a argumentar que las afirmaciones históricas son puramente analíticas o descriptivas, es decir, que no detentan poder explicativo y, en último término, no permiten predecir. La Historia de las Ciencias, y, por qué no, la historia de la enfermería, presentan, entonces, un carácter puramente propedéutico y ornamental en relación bien con el saber teórico o con la práctica clínica.

Otra solución que, en el fondo, seguramente comparte con la anterior su desconfianza en la naturaleza oscura y escurridiza de la Historia, consiste en positivizar metodológicamente el campo de la Historia centrando la atención sólo en aquellos aspectos de los objetos históricos susceptibles de ajuste a las prescripciones del enfoque epistemológico de partida. Nos estamos refiriendo, genéricamente, a las soluciones métricas.

Defenderemos, en cualquier caso, que se adopte la postura que se adopte respecto a la cuestión ontológica (incluso si no se adopta ninguna postura), el desarrollo socio-institucional de cualquier disciplina exige, de manera cada vez más evidente, el ajuste a los procedimientos cognitivos propios de las disciplinas cuyo poder social, capacidad de transformación del medio y de ajuste a la idea de progreso se han mostrado con más éxitos. De esta manera, y como tantas veces ha ocurrido a lo largo de la Historia de la Ciencia, la solución al problema está fuera de nuestro alcance, en sentido estricto.

Por el momento, asumiremos que el objeto de la historia de enfermería es el cambio histórico en las formas de cuidar. De manera que antes de seguir adelante conviene que definamos el cuidado.



Etimológicamente cuidado viene del latín *cogitatus*, que significa “pensamiento”, así como “cuidar” viene del latín *cogitare*, es decir, “pensar”. En la Edad Media cuidar significaba siempre pensar, juzgar, acepción que será común hasta el siglo XVI. Así, pues, en la evolución etimológica precedió al verbo cuidar su sinónimo pensar. Según Corominas y Pascual (2001), “pensar de algo o de alguien es cuidar en la Edad Media” (p. 285). Recordar esta antigua acepción del cuidado nos ayuda a advertir la amplitud del dominio semántico.

Las acciones de cuidado y de atención son necesarias para la satisfacción de las necesidades básicas de todo individuo. Por ello son consideradas importantes para el desarrollo humano y también para la existencia del bienestar y justicia social. Uno de los autores clásicos que más ha reflexionado sobre este tema ha sido Heidegger. El cuidado, según Heidegger (2000) es la forma esencial y característica de la existencia humana. Según la fábula de Higino sobre el cuidado que recoge Heidegger, la vida humana se caracteriza por estar regida y ocupada por las tareas de cuidado. El mero hecho de estar en el mundo es ya un estar cultivando, diligiendo, habitando, cuidando, de y con el mundo.

Para Heidegger el cuidado es de capital importancia para el desarrollo humano. Interpreta que la perfección del ser humano, el desarrollo de todas sus potencialidades es obra de la cura. El cuidado guía al ser humano como proyecto desde su imperfección hacia sus posibilidades de perfección.

Las acciones de cuidado y atención son el vehículo a través del cual se da la satisfacción de las necesidades más básicas (alimentación, abrigo, higiene), pero no se termina aquí su importancia. Proporcionan por sí mismas la necesidad de afecto y apoyo emocional que todos los seres humanos tenemos. Son la mejor muestra del reconocimiento que todos los seres humanos necesitamos. Cada individuo depende de la posibilidad de un reconocimiento constante por parte del otro. En primer lugar, se encuentra el reconocimiento físico, posteriormente el reconocimiento de los derechos de esa persona en la sociedad, finalmente el reconocimiento de su estilo de vida. Para todas estas formas de reconocimiento el cuidado se convierte en un instrumento muy valioso pues representa un reconocimiento explícito, activo y participativo.

Todas las personas necesitan a alguien en sus vidas que les reconozca, respete y aprecie en su riqueza y unicidad; este es el principio motivador de la perspectiva del cuidado (Friedman, 1993, p. 270). A los seres humanos los hace irremplazables justamente aquello que los particulariza y que los hace concretos, aunque nuestra particularidad no excluye una naturaleza compartida por todos los seres humanos y por la que también merecemos respeto.

El proceso de cuidado supone la relación entre dos actores sociales, protagonistas ambos del acto de cuidar: el proveedor del cuidado y el beneficiario del mismo. La acción cuidadora no es una acción unidireccional. En las relaciones de atención y cuidado son igualmente importantes los dos participantes. El proveedor es en algún momento también beneficiario de cuidado (ver Todorov, 1993). La reciprocidad (ver Noddings, 1984) en el cuidado es un tema importante. En primer lugar, la persona cuidada debe aceptar ser cuidada y debe reconocer el cuidado que está recibiendo. Cuando el proveedor dispensa el cuidado obtiene la recompensa en el mismo acto cuidador. El cuidado otorgado favorece percepciones y sentimientos de utilidad, que, en nuestra opinión, podemos relacionar con un incremento en la autoestima. De este modo, el cuidado otorgado incide en el autoconcepto, en la seguridad y en la percepción del sentido vital. Por tanto, la persona cuidada no es un mero receptor pasivo en la relación; los niños pequeños o las personas con *déficit* cognitivo cuando son cuidadas también tienen un papel activo. En nuestra opinión, si bien su comunicación puede ser incompleta o imperfecta, la persona que cuida, como hemos señalado anteriormente, obtiene la recompensa en el mismo acto de cuidar. Los cuidadores informales (nos referimos a aquellos familiares que cuidan a personas en situaciones, fundamentalmente, de cronicidad) saben mucho de esto. En general, podemos afirmar que el cuidado humano, es un acto de amor y de reciprocidad.

Esta actitud general de cuidado es el *substratum* del cuidado enfermero. Pero ¿qué es el cuidado enfermero?, ¿cuáles son sus componentes?, ¿qué significa cuidar?, ¿cuál es la relación ayuda-cuidado?, ¿se cuida ayudando?, ¿se ayuda cuidando?, ¿cómo se relaciona el cuidar con el curar?, ¿existe algún nivel de relación entre cuidar-aliviar-curar?, ¿cuáles son los límites del cuidado? Consideramos que la enfermería debe responder necesariamente a cada una de

estas preguntas. Pero esta disciplina se enfrenta al problema fundamental de haber asumido la responsabilidad histórica de construir el “dominio del Cuidado”, correlativo a la idea de persona-salud que demanda la sociedad moderna. Siendo así, la enfermería se ve históricamente condenada a ser “un discurso sobre el cuidado de la persona y, al mismo tiempo, reproducir o legitimar el discurso que la persona, desde la lógica de su forma de vida, le otorga a la necesidad de ser cuidada”. Las formas de cuidado tienen, por tanto, una dependencia estructural respecto a los modos de vida en general; la enfermería como disciplina especulativa (no práctica) sólo aparece en ciertas formas de vida.

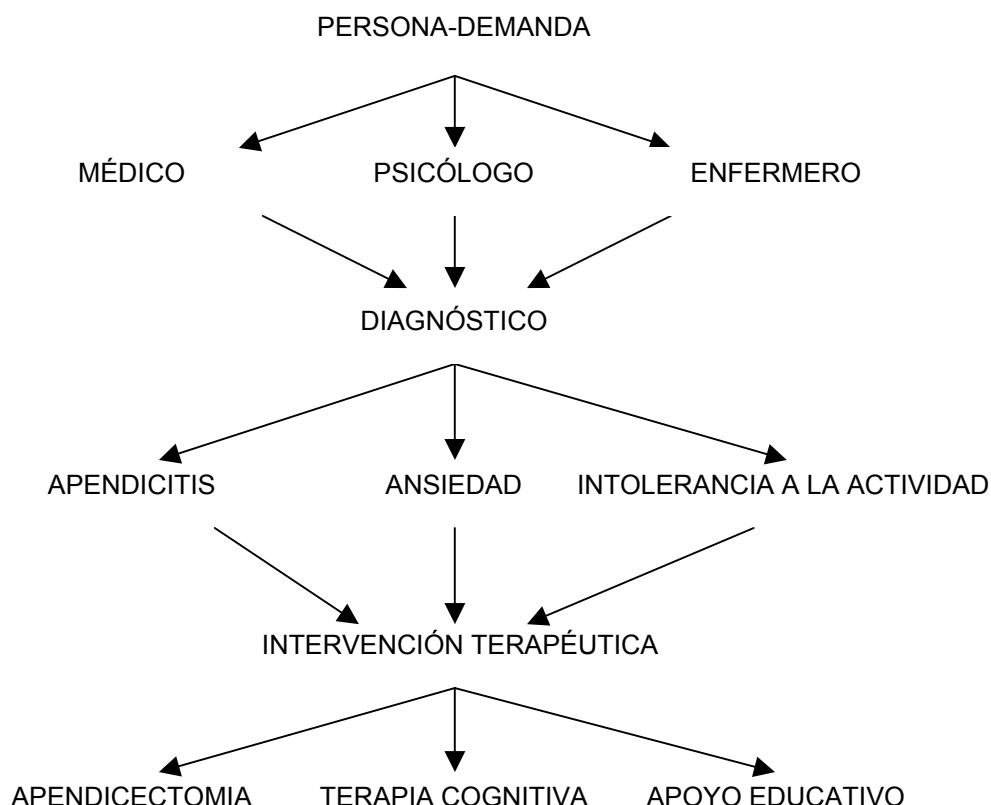
En este sentido, de la enfermería se puede decir lo mismo que Blanco (2002) ha dicho de la psicología, a saber, que se trata de una disciplina paradójica: gana capacidad teórica justo cuando pierde densidad enfermera, cuando hipoteca su identidad disciplinar poniéndose al servicio de otras disciplinas supuestamente más científicas y por ende más rigurosas. La praxis empírica se ha ido configurando históricamente a partir de la experiencia acumulada, desarrollando técnicas y procedimientos acordes al progreso de otras disciplinas. Las actividades enfermeras y sus procedimientos han sido relegados a un segundo plano en beneficio de tareas y actividades derivadas, fundamentalmente, de la praxis médica.

Frente a esta tendencia general a concebirse a sí misma como una disciplina auxiliar de la medicina, proponemos que la enfermería ha de dar prioridad a la opción de persona, dado que sólo desde ella puede acceder a su objeto de estudio, el cuidado. La verdad enfermera no aparece como algo preexistente a los sujetos, arquetípica y estereotipada, sino que emerge en el escenario del encuentro comunicativo en que las personas implicadas lideran y acuerdan las vivencias, sentimientos y significados que les atañen.

En su vertiente especulativa, el bagaje conceptual, los marcos teóricos generados por la enfermería quedan habitualmente condenados, especialmente en nuestro país, al ámbito académico. Como veremos más adelante, las teorías y modelos enfermeros no han sabido dar cuenta de una praxis milenaria que parece haber sido transmitida entre generaciones al margen de la cultura libresca. Así, el objeto disciplinar, y en ello estarían de acuerdo bastantes corrientes enfermeras,

puede ser sucintamente entendido como el vínculo entre un agente o proveedor y una persona necesitada de cuidados.

El cuidado es, en nuestra opinión, la forma o manera de llevar a cabo, es decir, el vehículo, del cual se sirven las enfermeras para satisfacer la demanda de la persona. La demanda o demandas acerca de la salud. Como ocurre en el caso de otros profesionales proveedores de cuidados, como los médicos o psicólogos, las personas tienen demandas, percibidas o no, y buscan orientación en los profesionales que les puedan ayudar.



Las personas y los grupos en los diversos contextos culturales, en las diversas etapas del desarrollo y en todos los momentos históricos han tenido y tienen demandas percibidas, y a través del cuidado propio o del cuidado de otros han tratado y tratan de satisfacerlas llevando a cabo actividades o acciones de cuidado. La enfermería, como ya hemos señalado, pretende orientar, guiar y supervisar y/o realizar actividades cuidadoras denominadas cuidados enfermeros. Las enfermeras históricamente se han situado junto al paciente, enfermo y/o persona sana, es decir, han desarrollado un papel “mediador” en un espacio de cercanía/proximidad “al otro”.

La cultura disciplinar, un tanto legitimista y defensiva, que las enfermeras han desarrollado desde el último tercio del siglo XX tiene que ver, en nuestra opinión, fundamentalmente con tres factores: (1) el contexto en el que se produjo su nacimiento como profesión en el siglo XIX; (2) la influencia de la feminización del cuidado enfermero; y (3) el dualismo cuerpo-mente.

### **2.1.1. El contexto.**

La enfermería surge como profesión a mediados del siglo XIX. Sin embargo, las prácticas cuidadoras institucionalizadas, como veremos en el Capítulo 3 de este trabajo, son muy anteriores.

El mito fundacional que considera a Florence Nightingale como la primera teórica y, por tanto, fundadora de la enfermería como disciplina y profesión ha colaborado a legitimar unos valores epistemológicos fusionados a los valores morales de abnegación y caridad.

Por otro lado, identificar el origen de una disciplina que aspira a ser científica con la Guerra de Crimea y el papel abnegado que Nightingale desempeñó (“con su lamparita socorría a los soldados heridos”), es una práctica tan poco frecuente en la historia de las ciencias naturales como interesante si uno desea estudiar la naturaleza y el desarrollo de la cultura enfermera. Esta cultura enfermera es, ante todo, una cultura de lo femenino, la historia de la enfermería está ligada y no se puede dissociar de, la Historia de las mujeres, o si se prefiere de la mujer.

### **2.1.2. El género.**

Históricamente la categoría “género” no ha interesado y no ha sido muy estudiada hasta que a partir de los años sesenta del siglo XX diversas investigadoras, fundamentalmente antropólogas e historiadoras y desde una sensibilidad feminista, toman conciencia del interés de este asunto. Este panorama comienza a cambiar cuando en la década de los 70 la teoría sexo-género, junto con otras teorías sociales, deslegitiman la concepción esencialista al uso de la naturaleza femenina. Desde esta plataforma se afirma que las identidades femenina y masculina son una construcción social, y que la subjetividad de las personas se

configura por la internalización e introyección del prototipo establecido por la cultura para la masculinidad o la feminidad. Como dice Gerda Lerner (1990; p. 339):

*“El género es la definición cultural de la conducta definida como apropiada en una sociedad dada y en una época dada. Género es una serie de roles culturales. Es un disfraz, una máscara, una camisa de fuerza en la que hombres y mujeres bailan su desigual danza”.*

Algunas preguntas se hacen necesarias en este momento: ¿son la diferenciación cromosómica, así como la anatómica y fisiológica, suficientes para determinar la formación del concepto de hombre y mujer, en diferentes momentos de la historia?, ¿lo son para justificar la asignación de diferentes roles sociales en las distintas culturas? Todo parece indicar que no. Según Raquel Osborne (1993, p. 56), “nadie niega que haya que conceptualizar de alguna forma las diferencias entre el macho y la hembra humanos, porque su anatomía y sus capacidades reproductoras difieren, al menos por ahora.” Sin embargo,

*“resulta cuando menos pobre un análisis que limite la riqueza de lo real a tan sólo dos tipos absolutos, en este caso el femenino y el masculino. De esta forma, se reduce toda la posible variedad de actitudes y comportamientos del ser humano a esa pareja de variantes que, a fuerza de simplificación, resulta un vulgar estereotipo de realidades mucho más complejas y amplias. Un rasgo añadido de quienes utilizan las dicotomías en un sentido maniqueísta y no dialéctico consiste en que acaban proponiendo un sistema de segregación sexual, porque si el universo mundo no se divide más que en dos partes, y una de ellas es superior a la otra, no se puede abogar sino porque continúe separado lo que, a su juicio, ya lo está de hecho. La mente humana, para manejar y aprehender la realidad compleja e inaprensible, impone sobre ella esquemas mentales, tal como el principio de contradicción. La dicotomía hombre-mujer hay que entenderla, más que como una realidad dada por la biología, como una construcción mental elaborada a partir de datos fisiológicos, anatómicos, ideológicos, culturales, etc., que nos ayuda a clasificar la variada complejidad de los seres humanos. Tendríamos que imaginar la sexualidad humana más bien como un continuum en que convergen variadísimos aspectos y matices situándose cada ser humano en*

*un punto, o en distintos puntos del continuum en diferentes momentos de su vida, y no como dos opuestos: hombre-mujer”.*

¿Cómo se construye el sexo y el género culturalmente?, ¿cómo se han construido a lo largo de la historia?, ¿cómo construye cada ser humano su identidad sexual a partir de diversos factores biológicos, psicológicos, culturales, sociales, etc.? Los conceptos de sexo y género son construcciones sociales que varían en cada época y en los que influyen de forma notable elementos ideológicos, religiosos, prejuicios culturales, etc. En general, un individuo es adscrito a un sexo u otro desde el nacimiento ante la evidencia de los genitales externos. Existe una correlación obvia entre los genitales y el papel de un individuo en la propagación de la especie, pero ninguna cultura considera la diferencia en los genitales externos como suficiente por sí misma para justificar la completa separación entre los roles masculino y femenino en la sociedad. Más bien, las culturas justifican esta división basándose en otros rasgos menos aparentes, de orden físico, mental y emocional, que se suponen son diferenciadores de los sexos de forma natural. Los rasgos que en una cultura se atribuyen como naturales, propios de la forma de ser masculina o femenina, forman la construcción del sexo en esa sociedad, pudiendo variar ampliamente de una a otra cultura, y de una a otra época. Se trata de estereotipos a los que a menudo no se ajustan las personas concretas. Los roles sociales atribuidos a cada sexo vienen a constituir el género, y se justifican en nombre de los rasgos naturales propios de cada sexo.

En distintas épocas, la filosofía y la ciencia vienen a proporcionar argumentos que justifican y consolidan los prejuicios impuestos desde la religión y la organización social, sin cuestionarlos. En el Génesis (cap. I, vers. 26, 27 y 28) se hace la siguiente narración de la creación:

*“Y por fin dijo Dios: Hagamos al hombre a imagen y semejanza nuestra; y domine a los peces del mar, y a las aves del cielo, y a las bestias, y a toda la tierra, y a todo reptil que se mueva sobre la tierra. Creó, pues, Dios, al hombre a imagen suya: a imagen de Dios le creó, creólos varón y hembra. Y echóles Dios su bendición y dijo: Creced y multiplicaos, y henchid la tierra, y enseñoreaos de ella, y dominad a los peces del mar, y a las aves del cielo, y a todos los animales, que se mueven sobre la tierra”.*

Según esta primera versión, el hombre y la mujer son creados, al mismo tiempo, después que el resto del universo, y reciben conjuntamente la misión de multiplicarse y de dominar la tierra. Sin embargo, en el capítulo II del Génesis, se hace una narración diferente de la creación, tras crear el universo, crea Dios al hombre del barro de la tierra: “Formó, pues, el Señor Dios al hombre del lodo de la tierra, e inspiróle en el rostro un soplo o espíritu de vida, y quedó hecho el hombre viviente con alma racional”. Inmediatamente después crea los ríos que fecundarán el edén, coloca al hombre (varón, no existe aún la mujer) en medio de ese paraíso y le encomienda su cuidado así como la prohibición de comer del fruto del árbol del bien y del mal. Sólo entonces, decide Dios crear a la mujer: “Dijo asimismo el Señor Dios: No es bueno que el hombre esté solo: hagamos ayuda y compañía semejante a él”. Y aún antes de proceder a la creación de la mujer, presentó ante Adán el conjunto de los animales creados, y Adán les dio nombre, signo de su superioridad sobre ellos. “Llamó, pues, Adán por sus propios nombre a todos los animales, a todas las aves del cielo, y a todas las bestias de la tierra: mas no se hallaba para Adán ayuda o compañero a él semejante”. Es ahora cuando Dios crea a la mujer: “Por tanto, el Señor Dios hizo caer sobre Adán un profundo sueño: y mientras estaba dormido, le quitó una de las costillas, y llenó de carne aquel vacío. Y de la costilla aquella que había sacado de Adán, formó el Señor Dios una mujer: la cual puso delante de Adán”. En esta segunda narración es Adán quien da nombre a la mujer, al igual que había hecho con los animales, y decide su destino común: “y dijo Adán: esto es hueso de mis huesos, y carne de mi carne: llamarse ha, pues, hembra, porque del hombre ha sido sacada. Por cuya causa dejará el hombre a su padre, y a su madre, y estará unido a su mujer; y los dos vendrán a ser una sola carne”. Hay tres diferencias fundamentales entre las dos narraciones, cuya interpretación ha tenido una enorme influencia en la construcción de la visión de la mujer en el mundo judeocristiano. En la primera narración hombre y mujer son creados al mismo tiempo, de la misma forma y ambos son creados a imagen y semejanza de Dios. En la segunda, el hombre es creado primero, la forma de creación es diferente, y teniendo en cuenta estas diferencias, el Génesis permite tres interpretaciones distintas de la creación: el hombre y la mujer son iguales, la mujer es superior al hombre, o el hombre es superior a la mujer. La primera narración permite afirmar la igualdad entre el hombre y la mujer siendo ambos creados a imagen y semejanza de Dios. En la segunda, pone de manifiesto que la mujer es superior ya que está



formada de un material superior al barro del cual es creado Adán. Sin embargo, el hecho de haber sido creada después que el hombre confirma también su inferioridad, y la formación a partir de la costilla asocia, además, a la mujer con el mundo de las sensaciones y las pasiones, en vez de la razón. Esta interpretación se mantendrá entre numerosos teólogos; Santo Tomás de Aquino insistirá en que la única razón de ser de la mujer, como compañera, es la procreación, pues cualquier otro rol puede ser desempeñado por el hombre. Para San Agustín, el pecado de Eva prueba su necesidad de estar subordinada al hombre. Dada su facilidad para ser engañada, la mujer necesita guía y control. La narración de la caída confirma, según estas interpretaciones, que la mujer es más susceptible de dejarse arrastrar por el demonio, idea que seguirá presente en la persecución de brujas siglos más tarde. Por otra parte, el pecado de Eva condena a la mujer a sufrir enfermedades y dolores derivados de sus funciones procreadoras, y la dependencia absoluta del hombre. Cada mujer debe purgar con su sacrificio el pecado original. También esta idea quedará presente durante siglos; la recogerá Lutero, pese a su defensa de la igualdad de hombre y mujer en el momento de la creación, y también pensadores posteriores como Locke. La virginidad, que se recomienda en múltiples tratados religiosos, es superior al matrimonio, y dentro del matrimonio es mejor la abstinencia o, en todo caso, la negación del placer. Se determinarán qué días y momentos deben quedar excluidos de toda práctica sexual. Además, la menstruación y el parto hacen impura a la mujer, que deberá purificarse tras el mismo antes de poder acceder al templo. La mujer casada deberá imitar a las vírgenes castas, para alcanzar una mayor perfección religiosa.

De esta forma, el pensamiento occidental sobre la mujer en la tradición judeocristiana, como iremos señalando en los sucesivos capítulos de esta tesis, contribuirá a una visión del cuidado y posteriormente del cuidado enfermero como “invisible” asociado fundamentalmente a la mujer, que es intuitiva, subjetiva, pasiva, dependiente, sumisa y su lugar está en el hogar. Es preciso recordar que las primeras deidades existentes fueron las diosas de la fertilidad, cuyo culto y poder va desapareciendo conforme el monoteísmo sucede al politeísmo, conforme se institucionaliza el patriarcado y aparecen los sistemas simbólicos, la escritura, el concepto, el nombre, es decir, cuando aparecen aquellas herramientas que permiten

pasar de hechos observables, como la fertilidad femenina, a conceptualizar un poder creativo simbólico.

Desde el sistema sexo-género se hace mucho hincapié en que nuestro conocimiento de la identidad masculina o femenina no se reduce única y exclusivamente a la consideración de una serie de atributos naturales, sino que en gran parte se sustenta en elaboraciones culturales y sociales. Esta insistencia en el carácter socio-cultural de la identidad y subjetividad femenina favorece la liberación de la mujer de su “eterno natural”, de su vínculo irreductible con la naturaleza, de su dedicación exclusiva a la reproducción, de su sacralización como madre, de la reducción de su personalidad a la función maternal (madre=mujer) y de su identificación con la naturaleza frente a la identificación del varón con la cultura. Desde la perspectiva de género y desde la consideración de la personalidad como un constructo social es posible transgredir esas identificaciones clásicas, es posible establecer una nueva conceptualización de la realidad, una nueva teoría que permite ver lo que es: el carácter jerárquico y asimétrico de los sexos.

Por tanto, la definición de género tiene un efecto liberador para las mujeres, al poner de manifiesto que el comportamiento femenino no obedece a imperativos biológicos y al desembarazar al sexo femenino del presupuesto ontológico y epistemológico según el cual en la mujer la anatomía es destino. Su destino se va construyendo conforme a dictados diversos de carácter socio-cultural fundamentalmente, si bien hasta ahora ese destino estaba predeterminado por la concepción que el patriarcado tenía de la feminidad.

De esta forma, narrar una historia del cuidado es, en muy buena medida, narrar la historia de la mujer cuidadora, que se convertirá en enfermera profesional en el siglo XIX.

### **2.1.3. El dualismo.**

El dualismo epistemológico ha pesado y sigue pesando en la cultura enfermera de una forma peculiar, puesto que se trata también de una suerte de dualismo moral. Debemos recordar que la enfermería profesional nació en el marco del positivismo, y que se desarrolló como disciplina auxiliar del cuidado médico; ha florecido llevando a cabo los cuidados que la mujer tradicionalmente ha dispensado

en el hogar y se ha hecho cargo de las técnicas y procedimientos que, en un primer momento, habían realizado los médicos (inyecciones, sondajes, etc.). Sin embargo, en un intento de “desmedicalizar” el cuidado (ver Collière, 1993), la enfermería se abrazó, sobre todo a partir de los años cincuenta, a explicaciones psicológicas y antropológicas, tratando de construir y re-construir su naturaleza y su función. La medicalización impuso e impone como norma la lógica de un tratamiento basado en la etiología y entendido como la dilucidación de los procesos mecánicos de causación de los síntomas. La opción por las psicologías de corte humanista en los años cincuenta y sesenta permite que la enfermería tome conciencia del hecho de que el cuidado tiene sentido sólo porque los procesos corporales del paciente forman parte de un proyecto (Sellán y Blanco, 2005). Dicho de otro modo, porque el paciente es un proyecto “incorporado”, provisionalmente frustrado o malogrado, o que necesita un empujón.

En nuestra opinión la enfermera, la cuidadora, siempre ha llevado grabado este dilema (cuerpo-proyecto vital) en la estructura de su acción, pero ha tardado mucho tiempo en darse cuenta. Ha sufrido las consecuencias del dilema, de la diatriba, de la doble opción, en forma de insatisfacción profesional, silencio categorial o humillación ante el médico, o incluso ante el propio paciente. Para resolver esta situación no basta con un buen psicólogo. Se trata, ante todo, de que las enfermeras encuentren la antropología, la imagen del hombre, sobre la que cobra sentido el cuidado, en toda su dramática y espléndida amplitud. Como Blanco (2006) ha puesto de manifiesto, las dos dimensiones básicas de esta antropología son

- (1) La conciencia de que somos seres con futuro, es decir, proyectos, objetos lanzados hacia delante, y no sólo movidos por causas.
- (2) La conciencia de que somos seres suplementarios, que necesitan ser completados por otros seres, seres que no son nada (es decir, que no son proyectos) sin el cuidado de los otros.

Hay que entender, por tanto, el cuidado como una disposición inherente e inseparable de la vida humana. Somos los seres que vienen al mundo con una mayor exigencia de cuidado por parte de los adultos. Todo parece indicar que el largísimo período de neonatenia de los cachorros humanos tiene que ver con la

necesidad de garantizar nuestra condición de proyectos abiertos. Venimos al mundo no siendo apenas nada concreto, para poder llegar a ser cualquier cosa. Somos, en todo caso, proyectos viables gracias a los otros. No somos nada si los otros no nos cuidan.

Así pues los cuidados de enfermería forman parte, como ya hemos señalado, de los cuidados humanos, siendo éstos una actividad cotidiana y continua en la vida de las personas. La capacidad para vivir nos es dada y está influenciada en su forma particular de darse por la cultura. Las formas concretas de vivir y morir son en muchas ocasiones elegidas por los individuos a partir de sus desarrollos vitales. En el proceso dinámico de la vida, aparecen situaciones diversas que de una manera u otra interrumpen y/o dificultan el desarrollo muchas veces deseado (enfermedad) de la salud (entendida de forma diferente en cada cultura, en cada época histórica, y en cada persona). Esas formas concretas de vivir y morir obedecen a elecciones, ya sean estas individuales o colectivas, racionales o irracionales, conscientes o inconscientes.

La pregunta o preguntas que quedan en el aire son, entre otras, ¿cómo se incardina el cuidado enfermero en cada individuo y/o grupo, goce o no goce de salud según los cánones del momento sociohistórico?

No debemos olvidar, que la acción humana está constituida por tres dimensiones (cognoscitiva, afectiva y volitiva). Efectivamente, la naturaleza del cuidado enfermero es, o podría ser, la activación y organización formal de las capacidades que aseguran la vida, es decir, las condiciones de posibilidad para que las necesidades de cuidado sean satisfechas por los individuos, condiciones de posibilidad que aseguren o aumenten la calidad de vida de las personas o grupos. Para ello, y considerando en profundidad el concepto central de necesidad de salud y las demandas del entorno, y en cualesquiera de las etapas del desarrollo, podríamos encontrar un argumento aparente para justificar el contenido o el objeto de la enfermería.

En este sentido, y desde la óptica de Foucault (1990), en este trabajo nos interesa delimitar y describir las condiciones de posibilidad de las actividades de cuidado enfermero, desde los cuidados informales o invisibles, hasta los cuidados

profesionalizados o, incluso, las teorías enfermeras sobre la naturaleza del cuidado. En cierto modo, y parafraseando a Blanco (2002), más que la historia de la enfermería nos interesa la historia por la cual la cultura occidental se convirtió en una cultura enfermera. Cuándo, por qué y en qué circunstancias apareció. Nos interesan, no los “apriori universales”, sino la red de apriori históricos; es decir, como ciertas prácticas cuidadoras o discursos sobre el cuidado han llegado a considerarse “normales” gracias a un entramado complejo de inercias que han limitado e impedido el desarrollo y crecimiento de nuevas posibilidades.

El presente enfermero dibuja lo que las enfermeras somos, decimos y hacemos y este presente tiene su historia. En este trabajo pretendemos mostrar los mecanismos que han contribuido a que las enfermeras seamos lo que somos.

## **2.2. Problemas Epistemológicos.**

La enfermería entendida como ciencia humana, al menos en la medida en que asume el cuerpo como “proyecto incorporado”, tiene o pretende tener al hombre como objeto de conocimiento. Su origen histórico y su objeto antropológico lo comparte con las demás ciencias humanas y sociales. Si entendemos por ciencia el cuerpo de conocimientos sobre un determinado campo, área o dominio, la enfermería debe haber contribuido al paisaje científico con conocimientos propios, distintivos, generados a través de la investigación disciplinar.

La cuestión es problemática en cuanto a que las construcciones teóricas que desde la enfermería se han llevado a cabo no han tenido el impacto deseado. El desarrollo del trabajo científico, que en cualquier disciplina se caracteriza por la formación de “escuelas de pensamiento o doctrinas”, en el ámbito de la enfermería ha quedado restringido al ámbito académico fundamentalmente, al ámbito académico anglosajón, y, en todo caso, no ha tenido un impacto claro sobre el orden de las prácticas enfermeras en instituciones sanitarias. La cultura enfermera es una cultura escindida también en este sentido.

Pero pongamos sobre la mesa una idea sobre la ciencia que nos permita ocasionalmente valorar esta escisión. La ciencia en este trabajo es entendida como un discurso que tiende a la máxima descontextualización a través de un ejercicio constante de depuración de las relaciones entre significativo y significado. Un

ejercicio en el que el propio significado (cuidado, salud) tiende a ser presentado como un conjunto, en su expresión final, de relaciones formales. Esto es, los lenguajes científicos enfatizan las relaciones sintácticas entre los significantes para resolver el problema de la contextualización y del perspectivismo del significado en la experiencia concreta. Uno de los beneficios secundarios de esta actitud de la ciencia es la posibilidad de generar consensos cada vez más amplios entre los agentes particulares que la construyen. El imperativo de consenso hace, en primer lugar, que se desarrollen prescripciones respecto a los procedimientos legales de construcción de conocimiento (métodos) y, en segundo lugar, que los resultados de la investigación se sometan al arbitrio de la comunidad (textos).

De esta manera, en los textos, o en los productos científicos en general, se elaboran sobre la base de lenguajes que tienden a cerrar una determinada perspectiva de lo real, y no sólo sobre una parte de lo real. En definitiva, la forma en que se desvela el objeto particular de una ciencia es siempre una forma intencionalmente consensuada de hacerlo, y la única forma de consensuar algo es, de alguna manera, dialogar sobre ello o imponerlo a través de mecanismos de poder más o menos explícitos; la transparencia de los mecanismos de construcción de significados científicos permite, idealmente tal diálogo.

Evidentemente, tras estas afirmaciones prevalece un punto de vista epistemológico que supone que no es posible concebir el conocimiento científico, y quizás cultural, al margen de su implantación lingüística. No parece, sin embargo, plausible afirmar que toda forma de conocimiento sea lingüística, a no ser que pongamos demasiadas restricciones al concepto de conocimiento o que ampliemos excesivamente la noción de conocimiento. La Historia de la Ciencia, como desarrollo, pasa a ser entendida, entonces, como un proceso dialógico orientado a la depuración de los significados. De esta forma, la Historia del Cuidado y la “experiencia de cuidado”, desde nuestro punto de vista, se convierten en momentos de un proceso dialógico.

Pero la experiencia de cuidar enfatiza el vínculo del cuidador con la vida, entendida ya como proyecto, y no como un mero despliegue de recursos, procesos y mecanismos condenados por sus causas. Según Spranger (1949) citado por Ferrater,

*“la experiencia de vida” es un modo de confrontación con el material de vida en el que siempre está implicada una identidad concreta, es decir, otra vida. Por tanto, la experiencia se relaciona siempre con quien la tiene y enuncia algo acerca de él. La experiencia de la vida no brota de los meros objetos del aprender, sino que su punto de aparición se halla precisamente en la conjunción del sujeto vivo con el mundo del no-yo. La experiencia de la vida, no es un registro de contenidos, sino valoración de contenidos”* (p. 1186).

Así mismo, la experiencia en la vida, según Julián Marías citado por Ferrater, *“es una experiencia que, en el caso de ser presentada verbalmente, es objeto de narración no de explicación”* (p.1186). Por todo ello, parece difícil someter la lógica general del cuidado enfermero a la actitud explicativa y descontextualizada que parece exigir la ciencia natural. La enfermería se encuentra sometida a la tensión que provoca su apuesta por la vida como proyecto, es decir, como biografía, y la vida como *substratum* de la supervivencia. La primera apuesta cobra sentido en una opción epistemológica ligada a la comprensión narrativa (*verstehen*) y la segunda en una opción epistemológica ligada a la explicación nomológica o por subsunción teórica, que es la propia de las ciencias naturales o que quieren serlo.

La enfermería contemporánea ha tratado de reflexionar desde sus modelos teóricos sobre el cuidar. Cuatro elementos constituyen la base sobre la que se han construido los mismos: persona, salud, cuidado-enfermería y entorno. Se ha intentado describir las condiciones básicas del cuidar, teniendo presente que la acción de cuidar no es algo puntual, sino continuo y que se desarrolla paralelamente a las etapas por las que pasa el depositario de los cuidados.

Podemos afirmar que la práctica de los cuidados es un fenómeno universal, radicado en las dos dimensiones básicas de lo humano que antes poníamos de manifiesto (la vida humana como proyecto y la suplementariedad de lo humano); pero también que las acciones de cuidado varían de una cultura a otra. Las acciones y actividades cuidadoras son esenciales para el nacimiento, crecimiento, desarrollo, supervivencia y muerte. El ser humano es vulnerable, es finito, limitado, y por ello precisa de cuidados. La necesidad de cuidados es constitutiva en el ser humano debido a su fragilidad. Podemos asumir que la fragilidad-vulnerabilidad del ser humano es simultáneamente la base y el límite del cuidado.

El conocimiento enfermero permite identificar la disfunción biológica, determinando la secuencia de acciones de cuidado necesarias; pero ello no es lo mismo que precisar de manera idónea qué debería hacerse para garantizar el bienestar de cada persona. Una buena decisión en enfermería (además de técnicamente correcta) debería encajar con la visión que la persona particular tiene acerca de lo correcto y con la manera en que ella decide vivir su vida.

La experiencia de la vida es un modo de conocer y una forma de vivir. Desde esa experiencia de vida el cuidado humano se ha ido constituyendo, es decir, el cuidado se ha ido construyendo en el proceso de vivir.

Así, la enfermería contemporánea, en su praxis, va a obtener-identificar los aspectos constitutivos del cuidado enfermero. Uno de los factores que particulariza y distingue a la enfermería de otras disciplinas próximas en el cuidado de la salud es “su presencia”, “el acompañar al otro”. Es en ese “acompañar al otro” en el espacio de “cercanía-proximidad”, donde acontece el encuentro comunicativo. Ese escenario ayudará a emerger las ideas para poder conceptualizar, que después formaran parte de la reflexión que cristalizará en una opción teórica concreta.

La enfermería encontrará su lugar, su espacio y su estatuto cuando lleve a cabo su transformación paradigmática, a saber: cuando se ubique en su sentido, en su razón de ser. La teoría y praxis del cuidar enfermero, en nuestra opinión, debería centrarse en lo humano, en la vida como proyecto, y no sólo en la enfermedad.

Cuidar a una persona no es solamente llevar a cabo una serie de acciones directas sobre el cuerpo (canalizar una vía, realizar un sondaje nasogástrico-vesical, curar una incisión quirúrgica, realizar una gasometría...); cuidar a una persona y proporcionar cuidado enfermero debería significar, ante todo, atender. Para atender hay que estar atentos, para prestar atención hay que escuchar, para escuchar hay que estar presente, para estar presente se necesita ver-observar a la persona. Pero además hay que establecer una relación de ayuda. Esa relación de ayuda requiere comunicación verbal y no verbal.

El-los sentidos que para cada persona tiene vivir su vida-su cuidado-su salud-su enfermedad-y-su muerte son, en definitiva, su forma de estar y en ellos se cifra su dignidad. Conocer, intentar comprender “al otro” significa “atender a la vida”. La



enfermería, en nuestra opinión, intenta a través del cuidado enfermero atender a la vida como proyecto.

La persona es un-ser-en-el-mundo- según expresó Heidegger. Además, se relaciona con su medio, ya sea este interno o externo, y habita en un espacio y en un tiempo. La temporalidad y espacialidad son intrínsecas al vivir del ser humano, tanto del cuidador como del cuidado.

Vivir, en sentido orteguiano, es encontrarse en el mundo, aprisionado y envuelto por las cosas; la vida humana es saberse viviendo. Vivir es saberse vivir y es actividad. Así entendida, la vida tiene que hacerse de forma continua y pensada. El pensamiento es acción y, por tanto, la vida es elección. Las personas en el proceso de vivir, es decir, en el saberse vivir, llevan a cabo actividades, eligen que actividades deben, quieren o pueden emprender en su experiencia de vida. En esa elección de actividades se encuentran los cuidados humanos. Los cuidados humanos se construyen y re-construyen en cada sujeto, en cada grupo de sujetos y en cada circunstancia.

El cuidado enfermero es acción, acción interindividual, acción interpersonal y social. Es actividad intencional, es acción intersubjetiva. El cuidado enfermero se organiza y se re-organiza en el encuentro con el otro.

En el proceso de cuidar, las contingencias formales, no favorecen el cuidado aunque de suyo, el proceso de cuidar, se constituye en el exterior. Cuidar de alguien es mostrar interés, es individualizar; la acción cuidadora tiene direccionalidad concreta y determinada. El fin de la acción de cuidado no es una abstracción, es el ser humano ya sea este hombre, mujer, niño o un anciano. Esto no quiere decir que no sea posible teorizar sobre el acto de cuidar, la necesidad de especular sobre el cuidar permite mayor conocimiento para que la ejecución del cuidado sea más singular y personalizada.

Como ya hemos señalado, las enfermeras históricamente se han situado junto al paciente, enfermo y/o persona sana, es decir, han desarrollado un papel “mediador” en un espacio de cercanía/proximidad “al otro”. Sin embargo, este papel mediador no ha reportado prestigio y reconocimiento social, en la percepción del colectivo enfermero. El poder, tanto simbólico como real, lo detenta el médico. En un

intento de buscar un camino propicio para obtener el ansiado “prestigio y reconocimiento”, la enfermería ha tratado de emular la praxis médica y esto ha supuesto un alejamiento del otro.

En el proceso de búsqueda de un espacio de poder y una identidad profesional, la enfermería, sin saberlo, abandona el conjunto de saberes que provienen del arte de cuidar la salud y la vida. La práctica cuidadora evoluciona olvidando la parte genuinamente distintiva, que la distingue y la identifica tradicionalmente como el cuidado relacionado con: la higiene, la alimentación, con la cuestión del sujeto. Así, el cuidado del cuerpo y la subjetividad se van distanciando como fuente de conocimiento, y por ende, el foco de atención se va a ir centrando paulatinamente en la tecnología.

El vocablo alemán *sorge*, siguiendo a Ferrater (2004, p. 762) ha sido traducido como “cuidado” y como “cura”. Entendiendo que el valor social está enfocado en la curación, la enfermería, intenta ser científica, y los saberes acumulados en unas prácticas milenarias centradas en el cuidado “del otro” comienzan a dirigirse al cuidado de la “enfermedad” del otro. Los saberes y quehaceres de la enfermería, dentro del estatuto de cientificidad tenían y tienen poco reconocimiento y prestigio social.

Todo lo señalado, ha supuesto para la enfermería un cambio en los valores que parecen presidir el ejercicio profesional. De la abnegación y la caridad se ha pasado a la tecnificación. También ha propiciado un cambio epistemológico. Del sujeto cuidado, “el otro”, se ha pasado al “sujeto enfermo” y de ahí, a la “patología” del otro. El alejamiento de la intimidad de la persona y la familia ha contribuido a un alejamiento del dominio y poder del cuidado práctico en un sentido moral. Así, los espacios de autonomía, de relación y autoconciencia en relación con la persona cuidada, han dado paso a un malestar y diversidad en los modos de entender y legitimar su posición como profesión y disciplina.

En la búsqueda del estatuto científico, la enfermería, abandona su quehacer tradicional, como ya hemos mencionado, alejándose del sujeto y se acerca, al principio tímidamente, a la técnica. Abandona su dominio y su poder (las enfermeras no han sido conscientes de tener poder y de cuál es su territorio) así como los

instrumentos que venía utilizando, a saber, el cuidado del cuerpo, la intimidad, la subjetividad, su propio cuerpo, sus manos y su tacto, en beneficio de la destreza técnica y el talante científico. La objetividad y el rigor se alcanzan míticamente sustituyendo la especificidad del cuidador por aparatos y otros instrumentos, como jeringas, sondas, etc.

En nuestra opinión, esta nueva construcción débil, o, si se prefiere, re-construcción, intenta apropiarse paradójicamente de términos como cuidado integral, holismo, que se manifiestan a menudo en el discurso público de la profesión (congresos, revistas). El ejercicio de la enfermería comporta la puesta en juego de formas prácticas de cuidado que se especifican en la interacción entre dos proyectos de vida, dos agentes. Y es desde esas formas constitutivas de interacción, desde dónde se debe construir y re-construir, si se quiere de una forma más consciente, el espacio en el que la enfermería tiene sentido. La pregunta que se deberían hacer las enfermeras es si realmente tienen claro cuál es el sentido de los cuidados de enfermería. En nuestra opinión, ese sentido cobra importancia y tiene sentido, cuando en el proceso de vivir y morir del “otro” lleva a cabo su papel mediador. En la interacción con el otro el cuidado se sofisticada y evoluciona favorecido por los interrogantes que las enfermeras se plantean en cada ángulo del proceso. El alejamiento del “otro” es alejamiento de la fuente principal del conocimiento enfermero.

Ese “otro” es el objeto y sujeto epistémico de esta disciplina. El desarrollo de la enfermería como disciplina pasa necesariamente por estar cerca del sujeto. La cercanía y proximidad son elementos esenciales para poder hacerse preguntas sobre el otro y, por tanto, sobre el sentido que la enfermería tiene y el papel que desarrollan los profesionales.

A lo largo de esta tesis trataremos de acercarnos a los *apriori* históricos en los que la conjugación de saber y poder dan como resultado ciertos discursos y ciertas prácticas concretas en el ejercicio del cuidado.

### **2.3. Problemas metodológicos. Niveles de análisis en la Historia de la Enfermería. Una aproximación metodológica.**

La investigación historiográfica en enfermería es reciente si la comparamos con la investigación llevada a cabo en otras ciencias próximas o afines. El marco epistemológico dominante en la Historia de la Ciencia, tanto en la Medicina como en la Psicología, enfatizaban la necesidad de abordar única y exclusivamente aquellos problemas susceptibles de reducción fenoménica, es decir, documentables y en su caso cuantificables. Dicha reducción y sus implicaciones metodológicas generaban un nivel de consenso y de seguridad en ambas disciplinas. La enfermería, como ya hemos citado anteriormente, pretende emular en un primer momento a la Medicina, y posteriormente, en un intento de desmedicalizarse, bebe en las fuentes de la Psicología. De esta forma, la enfermería entiende la Historia de la Ciencia como un proceso armonioso de acumulación de conocimientos o, en el mejor de los casos, como un proceso de depuración lógica que conduce inexorablemente a la garantía del presente. Así, a partir de la década de los años 50 del siglo XX y tomando como referentes las teorías y metodologías psicológicas, comienzan a generarse teorías enfermeras e investigaciones conducentes a un proceso de justificación y legitimación como disciplina supuestamente científica. Desde esta aproximación (como veremos en el siguiente capítulo), y dada la problemática que la enfermería tiene con respecto a su objeto de estudio, los resultados alcanzados han quedado limitados al ámbito académico.

Las controversias de carácter metodológico que aparecieron en el siglo XIX entre las Ciencias de la Naturaleza y las Ciencias Humanas y Sociales, se basan en la distinción que Droysen hace entre los ámbitos filosófico, físico e histórico y que lleva a la dualidad manifestada por Dilthey entre explicación y comprensión, como métodos distintos. Siendo el primero (la explicación) característico de las Ciencias de la Naturaleza, y quedando el segundo para uso exclusivo de las Ciencias del Espíritu.

La enfermería vive en la dualidad de ser o pretender ser una Ciencia de la Salud y al mismo tiempo, como ya hemos insinuado, una Ciencia Humana y Social. Desde su vertiente de Ciencia de la Salud ha tratado de “explicar centrándose en los componentes cuantitativos, en detrimento de los cualitativos, intentando recurrir a

factores causales”. Desde una perspectiva social, la enfermería ha pretendido “comprender e interpretar para poder aplicar”.

En este trabajo sustentamos que la conciencia individual o colectiva, selecciona sus propios objetos históricos y ordena los acontecimientos ligados a los mismos “interesadamente”. Asumimos, por tanto, que la historia de la enfermería sirve para reafirmar o transformar las narraciones sobre su pasado. La narración histórica es crucial como factor que incide directamente en nuestra conciencia histórica.

Por tanto, y como prejuicio teórico, asumimos que no puede existir, por definición, reconstrucción del pasado, Historia objetiva o, en último término criterios de demarcación científica estables que nos permitan afirmar si determinada narración es o no la narración verdadera de un determinado suceso histórico o de un conjunto de sucesos históricos. Una afirmación de la que no se libra, evidentemente, la narración que ofreceremos en esta tesis.

Entendemos, por consiguiente, que cualquier análisis de las funciones de la Historia y, en esa medida, cualquier aproximación historiográfica a la historia de la enfermería, debe asumir el sesgo que introduce su propio interés en el modo en que procede para legitimarse y para construir conocimiento. Evidentemente, la aproximación teórica de la que partimos en nuestro estudio y sus resultados se someten a la misma hipótesis.

Así la Historia sirve para crear significados que pretenden referirse a hechos reales del pasado, pero que tienen algún valor referido al presente, y eso le da un carácter necesariamente reflexivo (Rosa, Huertas y Blanco, 1996). Siguiendo a estos mismos autores, podríamos afirmar que la enfermería podría ser entendida como la aparición de una formación discursiva y esto no es nunca un acontecimiento puntual.

*“La formación discursiva la entendemos como un constructo que permite establecer una cierta regularidad en los procesos históricos, una forma de articular un conjunto de eventos discursivos, por una parte, y eventos de otras clases (institucionales, económicos, políticos, etc.), por otra. De este modo, la noción de formación discursiva nos ofrece la posibilidad de constituir un objeto de estudio para la historiografía, y crear, a partir de las transformaciones en el*

*tiempo, una cronología, una periodificación de los cambios en las reglas que configuran dicha formación discursiva, que nos permita ordenar las transformaciones de los objetos que emergen de sus discursos, las transformaciones en los tipos de eventos discursivos o los cambios en los otros tipos de eventos que influyen en la formación discursiva” (p. 29).*

En suma, la enfermería es una ciencia independientemente de la naturaleza de su objeto. La ciencia es una actitud, derivada de una práctica social, más que un conjunto de afirmaciones falsables o una descripción de las propiedades trascendentes del mundo o de alguno de sus aspectos.

De esta manera, la historia de la enfermería centrada fundamentalmente en el proceso de formación, consolidación y transformación del significado de lo que en cada momento histórico es definido como cuidado, debería utilizar una metodología aplicable a la Historia de otras ciencias o actitudes científicas.

Llegados a este punto, proponemos que para responder a los interrogantes planteados en este trabajo la aproximación metodológica que más nos satisface, es la planteada por los autores anteriormente citados y que se resume en tres niveles de análisis, a saber: biográfico, socio-institucional y teórico. Estos tres niveles de análisis se convertirán en la forma interna, y ocasionalmente externa, de ordenar nuestros hallazgos historiográficos en esta tesis doctoral.

La distinción entre estos tres niveles de análisis en historia de la ciencia resulta fácil de justificar si se tiene en cuenta lo que hasta ahora hemos venido indicando respecto a la naturaleza de la actividad científica. De lo comentado hasta ahora se deduce que la ciencia no puede ser entendida como una mera actividad cognoscitiva. El conocimiento científico se construye en ámbitos institucionales específicos que disponen o niegan las condiciones de posibilidad para que se desarrolle. Las instituciones (sanitarias, legales o del tipo que sean) suelen responder a intereses ideológicos externos al discurso científico. Los desarrollos teóricos, metodológicos o tecnológicos de la ciencia se ofrecen públicamente en forma impresa o hablada con la esperanza de alcanzar un consenso intersubjetivo dentro de la comunidad de referencia. Pero las instituciones, como Blanco y Huertas (1993) han señalado

*“no pueden determinar el curso del desarrollo científico en la medida que éste depende, en último término, de un sujeto que, a partir de sus propias condiciones vitales, puede (1) interpretar críticamente los intereses ideológicos de las instituciones; (2) incorporar intencionalmente objetivos o metas para sus acciones institucionales que no están previstos en la definición institucional de objetivos; (3) cambiar los mecanismos de funcionamiento de las mismas; (4) encontrar vías de desarrollo teórico no definidas en la concepción de la disciplina que la institución legitima” (p. 78).*

Suponer que una concepción de la actividad científica en el seno de una disciplina cualquiera es siempre una concepción abierta, garantizando así la posibilidad de progreso, es utilizar una metáfora que nos evita enfrentarnos con el problema de decidir cuál es el papel del agente individual, de sus motivos personales, de sus intenciones, de su biografía, en suma, en el desarrollo del conocimiento científico. Más bien, cabe pensar que las teorías científicas tienden a cerrarse, al menos durante sus períodos normativos, y que es el agente individual quien, a partir de lo que le es propio, hace posible la apertura de la teoría a través de mecanismos de persuasión no siempre, ni necesariamente, lógicos.

El análisis histórico de la ciencia puede enfatizar, en virtud de sus propios intereses, cualquiera o cualesquiera de los tres grupos de factores – teóricos, socioinstitucionales o biográficos – que hemos apuntado.

Por otro lado, debemos suponer que el peso de cada uno de estos factores de los que depende y en los que se expresa la actividad científica puede ser diferente en distintos momentos históricos. Por ejemplo, hoy día es muy difícil concebir un proceso de investigación avanzado al margen de las instituciones oficiales o privadas que los sustentan, mientras que hasta bien entrado el siglo XIX era posible encontrar iniciativas científicas interesantes no dependientes de las instituciones. Los mecanismos de comunicación científica también se han ido haciendo paulatinamente más importantes para entender el desarrollo científico. Y así sucesivamente.

Por último, debemos tener en cuenta que nuestra aproximación, aún considerando que el objetivo primario es desvelar los modos sucesivos en que las

formas de cuidado se expresan, no asumen, como se podría suponer intuitivamente, que el análisis conjunto de lo biográfico y de lo socio-institucional agote explicativamente la producción teórica de un autor o grupo de autores. El discurso teórico propiamente dicho tiene una zona de expansión que puede no estar prevista en la biografía de la gente y/o en las instituciones en las que se desarrolla o de las que depende su actividad.

### **2.3.1. Nivel teórico.**

Los productos del desarrollo científico suelen encontrarse básicamente en forma de textos. Los textos científicos se articulan sobre sistemas simbólicos que tienden a la transparencia, porque quien los produce asume que el lector comparte, al menos parcialmente, el mismo sistema simbólico. Si el contenido teórico de un texto científico se articula sobre un lenguaje artificial se transmite significado. La disparidad de códigos entre el escritor y el lector informado genera en ciertas condiciones nuevos significados y se constituye potencialmente en un factor de progreso científico. Un texto científico, para la Historia, es una línea del diálogo constante en que se expresa el desarrollo de la ciencia.

De esta manera, la relación del historiador con el texto, como producto de una actividad teórica, debe orientarse hacia la reconstrucción del sistema simbólico que el autor pone en juego. Tal reconstrucción presupone que cualquier teoría sobre la realidad, en cualquier momento de su desarrollo, tiende al cierre, esto es, tiende a mostrarse como un todo coherente. Será fundamental, en este sentido, analizar (1) los problemas que los ámbitos instituciones definen como problemas legítimos para la ciencia, (2) el origen y la evolución de las estrategias de organización teórica que el científico pone en juego para abordar tales problemas, (3) las relaciones que se establecen entre las distintas partes del organismo teórico y (4) las definiciones explícitas o implícitas que propone respecto a cada uno de las unidades de análisis que especifican cada parte del organismo teórico.

En cualquier caso, la actividad teórica aparece siempre como una respuesta a un problema definido como tal en un determinado momento histórico y en el seno de unas instituciones específicas. La aparición de un problema en el escenario de la Historia depende de la interacción entre el propio conocimiento científico sobre el



problema y factores ajenos a la disciplina a la que se le plantea el problema (modelos del mundo, aportaciones de otras disciplinas, resolución de problemas políticos, económicos, etc.).

### **2.3.2. Nivel socio-institucional.**

Las instituciones científicas pueden ser definidas para nuestros propósitos como entidades sociales autónomas en sus objetivos, si no en sus medios, que coordinan prácticas institucionales cuya naturaleza es, por definición, independiente de los agentes que las llevan a cabo. Las instituciones suelen responder a intereses ideológicos, a implicaciones parciales de intereses ideológicos o motivos, definidos, por tanto, al margen de la propia actividad institucional.

A su vez, cada práctica institucional en el seno de una institución suele implicar la coordinación de acciones específicas, generalmente complementarias. El modo específico en que una acción se lleva a cabo en un episodio temporal concreto se puede entender como una operación.

Las instituciones tienden a preservar sus intereses fundacionales y sus mecanismos de funcionamiento, pero las acciones de los agentes permiten que se adecuen a nuevos intereses o que cambien dichos mecanismos de funcionamiento. Por tanto, analizar una institución determinada (una publicación periódica, una universidad, un centro de investigación), supone, no sólo desvelar sus fundamentos legales, su reglamento interno, el modo en que se coordinan las distintas prácticas en que se articula, las restricciones que impone a la formación de grupos de trabajo, su organigrama o su historia. Además, cada institución condensa en sus objetivos específicos la problemática social, política y científica en la que se desarrolla. Por esta razón, las instituciones pueden especificar o disponer las metas de los individuos que trabajan o se benefician de ellas, los problemas a que deben dirigir su atención, la forma de abordarlos o los instrumentos que permiten hacerlo. En cualquier caso, como Blanco (1993) ha puesto de manifiesto,

*“las condiciones socio-institucionales en que cobra sentido el proceso de socialización del científico, ponen restricciones pero no pueden especificar las vías de desarrollo científico. En primer lugar, porque el conocimiento científico*

*es siempre hipotético; en segundo lugar, porque el agente se lleva consigo a la institución en cuestión su propia historia personal” (p. 27).*

### **2.3.3. Nivel biográfico.**

El nivel biográfico sólo es diferenciable del nivel socio-institucional si el énfasis pasa de la actividad a la acción. Los motivos que guían una determinada actividad no tienen porqué ser penetrables conscientemente por el agente que participa en tal actividad. Las acciones son estrategias dirigidas a metas conscientes, experimentadas por el agente como propias. Una acción puede ser contemplada, entonces, desde el motivo al que, en último término, responde, o desde la meta del agente. Si la acción se contempla desde este último punto de vista estaremos en el nivel propio del análisis biográfico.

En este sentido, el análisis biográfico intenta desvelar (1) el proceso por el cual agente incorpora o internaliza metas para sus acciones (entorno familiar, educación, formación científica, relaciones personales, ideología, etc.), (2) las estrategias que pone en juego para alcanzar dichas metas, y (3) la forma en que el discurso se incorpora a dichas estrategias.

Como ya hemos señalado, esta triple fundación, teórica, social y biográfica, de la actividad científica nos permitirá encajar y producir un relato en esta tesis capaz de acercarnos poco a poco a la textura histórica de la identidad enfermera.

### 3. Conclusiones.

En este capítulo hemos puesto de manifiesto el punto de vista que informa la actitud historiográfica que asume esta tesis. Hemos defendido que el objeto de una historia de la enfermería es el modo en que los cuidados se van incorporando en las distintas configuraciones (cronotopos, confabulaciones temporo-espaciales) culturales por las que ha ido, o está, pasando la humanidad, reflejando la estructura de estas configuraciones y cambiándolas, ocasionalmente. Hemos defendido también el carácter constitutivo de la actitud de cuidado, profundamente trabada en las dos dimensiones básicas y distintivas de lo humano: (1) la vida humana como proyecto y (2) la suplementariedad constitutiva del ser humano. El cuidado es justamente la actitud deliberada del sujeto por la que el otro recupera o asume su completitud como proyecto.

Bajo esta lógica el asumíamos que el conocimiento enfermero crece en la tensión de saberse al tiempo conocimiento sobre la vida como mecanismo y la biografía como proyecto. Y, por lo tanto, su escisión permanente, su diatriba, entre la explicación y la comprensión, algo en lo que enfermería y psicología, disciplinas, cada una a su manera, del cuidado, se reconocen mutuamente. El conocimiento histórico del cuidado aparece ahora casi como el único posible, o, al menos, como profundamente importante, casi inevitable, aunque sólo sea como recurso para una posible reconstrucción o reconocimiento de la verdadera naturaleza del cuidado, más allá de las formas actuales institucionalizadas.

Por último, y en correspondencia, con esta visión de la historia, hemos recogido y asumido como propia la metodología para el estudio de la historia de la ciencia propuesta por Rosa, Huertas y Blanco. Una metodología que nos permite ver el desarrollo de la ciencia como una dinámica que se da al mismo tiempo en los ámbitos de las teorías y prácticas normalizadas, las instituciones y las vidas de quienes la protagonizan. En el capítulo siguiente intentaremos mostrar ya el primer escenario histórico en el que se concitan y se deben justificar todas estas ideas.



### **CAPITULO 3**

#### **FILOSOFÍA MATERIAL (I). LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO**

#### **EN LA ANTIGÜEDAD Y EL MEDIEVO.**



## CAPITULO 3.

### FILOSOFÍA MATERIAL (I). LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO

#### EN LA ANTIGÜEDAD Y EL MEDIEVO.

##### 1. Introducción.

Comenzaremos este capítulo recordando la distinción entre *filosofías materiales* y *filosofías formales*. Por *filosofías materiales* entendemos sistemas de criterios que permiten llevar a cabo ordenaciones e interpretaciones específicas de la realidad histórica, mientras que por *filosofías formales* entendemos sistemas de criterios que permiten hacer Historia y que fundamentan tal actividad.

Como ya hemos señalado, esta tesis doctoral descansa en buena medida en el la consideración general del **cuidado como realidad histórica material**. **Los cuidados humanos, ya sean estos enfermeros, psicológicos o médicos** son fruto de las concepciones generales sobre el ser humano, la salud, la enfermedad, la muerte, el destino y los modos de pensamiento y comportamientos aprendidos para hacerles frente. Sin embargo, tampoco podemos obviar el conjunto de prácticas y conocimientos concretos por los que se rigieron los hombres y mujeres de otras épocas para procurar alivios y remedios. Todo este saber forman parte de nuestra cultura más íntima y, tal vez por ello, desconocida. Evidentemente tampoco podemos soslayar los propios alivios y remedios que se fueron creando de acuerdo con las concepciones científicas y culturales de cada época histórica.

Los hoy denominados cuidados de enfermería y el monopolio del cuidar que se ha auto-atribuido esta disciplina son el resultado de un complejo entramado histórico, en el que la acción de cuidar va unida al mantenimiento de la vida tanto personal como colectiva”, y tanto en torno a la reproducción como al alivio del dolor y el sufrimiento.

Partiendo de la necesidad que todo grupo humano, todo pueblo, tiene de reconstruir su pasado, de hacer su historia, parece oportuno que la enfermería como cualquier disciplina, tome conciencia de la forma en que su pasado condiciona ineludiblemente no sólo su presente sino también su futuro. Por tanto, se hace inexcusable desarrollar en este trabajo una síntesis genealógica sobre los cuidados,

como referencia indispensable para comprender e interpretar la situación actual de la enfermería como disciplina y profesión.

A partir de datos tan diversos como los contextos socioculturales de cada época, la descripción de las personas encargadas del cuidado de los niños, de las mujeres, de los ancianos, de los enfermos y de las actividades desempeñadas, las aportaciones de personajes particulares que impulsaron el desarrollo de la enfermería, las diferentes instituciones socio-sanitarias y académicas, el desigual acceso al conocimiento; y las distintas formas de entender la salud y la enfermedad, se puede ir vislumbrando la evolución desde las iniciales prácticas cuidadoras hasta llegar a lo que hoy conocemos como “cuidados enfermeros”.

Desde los tiempos remotos, los seres humanos se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida del grupo y perpetuar la especie, organizando las distintas actividades para asegurar la satisfacción de una serie de necesidades como la alimentación, la protección de la intemperie, la defensa del territorio y la reproducción. En otras palabras, aprendieron y transmitieron dichos conocimientos, generando paulatinamente a través de las prácticas culturales el “cuerpo de conocimientos”, a partir del cual se fueron desarrollando las prácticas de cuidado.

En este trabajo se entiende la enfermería como la ordenación disciplinar del “saber hacer enfermero”, entendido como realidad histórico-cultural concreta. Desde esta perspectiva, hemos considerado el conjunto de saberes, tanto teóricos como prácticos, que esta profesión ha utilizado a lo largo de la historia para identificar aquellos factores que han ido configurando las señas de identidad de esta disciplina. No se debe olvidar *“que cada disciplina lucha por alcanzar el estatuto epistemológico necesario para ajustar sus descripciones del dominio que define y, al mismo tiempo, propone criterios a tener en cuenta para alcanzar ese estatuto”* (Blanco, 2002; p. 30). Por ello a lo largo de esta tesis perseguiremos pensamientos, ideas y actividades implicadas en la constitución de estas señas de identidad y de vital importancia para comprender, por una parte, por qué la disciplina enfermera no posee un estatuto epistemológico indiscutible, y, por otra, la lógica de los conflictos profesionales que se dan en este dominio. Para abordar esta cuestión debemos, en primer lugar, recuperar las raíces, pero no con reverencia acrítica ante las ideas y los valores del pasado, sino como un modo de intentar explicar el alcance de las ideas que han modelado la identidad enfermera.



La “*heterogeneidad doctrinal*” (Hernández Conesa, 1996), como característica definitoria que se observa en la actualidad en el conjunto de conocimientos de la enfermería, constituye un elemento fundamental para entender la “heterogeneidad profesional” de la que daremos buena cuenta a lo largo de este trabajo.

En realidad esta heterogeneidad teórica y profesional no es privativa de la enfermería, aunque adopte en este caso formas particularmente interesantes. La heterogeneidad es, de hecho, la nota dominante en cualquier cultura, pero muy especialmente en aquellas formas de vida ligadas a la idea de individuo. Desde los nuevos enfoques de la Antropología, Maquieira (1998) señala, de hecho,

*“que dentro de las distintas culturas se observan relaciones sociales y de poder que conducen a la desigualdad. Por lo cual no vamos a asumir que toda cultura está basada en el supuesto de la homogeneidad y los repertorios fijos interiorizados y compartidos por todos los miembros de una sociedad, de una comunidad o de un grupo étnico. Dichos enfoques ponen en el centro de sus análisis las relaciones sociales basadas en el acceso desigual a los recursos materiales y simbólicos y por consiguiente muestran la heterogeneidad, la estratificación y la conflictividad intracultural”* (p. 183).

En cualquier caso, y como señalábamos en el capítulo anterior, las prácticas cuidadoras están vinculadas desde sus orígenes a la mujer como proveedora fundamental de las mismas. Compartimos la hipótesis según la cual, y debido a la división del trabajo, la mujer desarrolló un papel destacado en la actividad cuidadora durante toda la prehistoria, un papel que asumió el objetivo general de “*asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida*” (Collière, 1993).

Esta tesis pretende defender el principio de alteridad como principio regulador en la constitución y desarrollo de la enfermería como profesión. El concepto de “ayuda al otro”, asociado inequívocamente al papel que la mujer debía desempeñar como “servidora”, constituye, como veremos, el eje sobre el que gira la actividad cuidadora de la enfermera, asumiendo valores de abnegación, sumisión, dependencia y renuncia al poder.

## **2. Sobre los orígenes de la Enfermería. Prácticas cuidadoras en las culturas antiguas.**

Como ya hemos señalado, los cuidados humanos, ya sean estos enfermeros, psicológicos o médicos, son fruto de las concepciones generales sobre el ser humano, la salud, la enfermedad, la muerte, el destino y de los modos de pensamiento y comportamientos aprendidos para hacerles frente. Sin embargo, tampoco podemos obviar el conjunto de instituciones y conocimientos por los que se rigieron los hombres y mujeres de otras épocas para procurar alivios y remedios y que forman parte de nuestra cultura más íntima y, quizá desconocida, ni podemos soslayar los propios alivios y remedios que crearon de acuerdo a las concepciones científicas y culturales de cada época histórica. Estas concepciones son el resultado de la conceptualización sobre lo que es el ser humano, la salud, la enfermedad, el morir y las formas de pensar y actuar para enfrentarse a ellos. Además, no debemos olvidar a las instituciones y el conjunto de conocimientos de otros momentos históricos por los cuales los hombres y mujeres se guiaron, para obtener los remedios necesarios que mitigasen las diversas situaciones que vivían, a partir de los conocimientos científicos disponibles y de los saberes culturales de cada período histórico.

Los etnólogos denominaron tradicionalmente “cultura primitiva superior” al tipo de cultura que se constituyó por la fusión o integración de los tres tipos o formas principales de la cultura primitiva: la forma mágica y empirista de los pueblos cazadores y recolectores, la forma animista de los pueblos agricultores y matriarcales, y la forma personalista de los pueblos patriarcales y ganaderos; este es el caso, por ejemplo, del antiguo Egipto, Mesopotamia, India, China y la cultura helénica.

Para estas culturas la enfermedad es un castigo que el hombre enfermo ha recibido de los dioses por haber violado la ley moral consciente o inconscientemente. El hombre busca su perfección, su salud, y hasta su eficacia por el camino de la purificación. La catarsis, la mortificación y el sacrificio tienen una importancia básica en la vida moral y en la vida “médica”.

En cualquier caso, existe una diferencia entre las culturas semíticas primitivas y las indoeuropeas. El semita concibe los seres y las fuerzas de la naturaleza como

una *teofanía*, es decir, como materializaciones de Dios. El indoeuropeo, en cambio, los considera como una realización de la divinidad. Esta diferencia mínima se va haciendo cada vez más importante, de tal forma que la religiosidad y toda la cultura de los pueblos semíticos tendrán una orientación personalista y ética. Dios es “el señor”. La literatura primitiva es casi totalmente religiosa y la actitud del ser humano ante la divinidad es pura adoración. Los pueblos indoeuropeos se irán orientando hacia una visión del mundo más naturalista o física, de manera que se acaban mezclando los relatos profanos con la vida de los dioses.

## 2.1. Mesopotamia.

Numerosas tablillas encontradas en investigaciones arqueológicas muestran que la región de Mesopotamia, cuna de nuestra civilización, disfrutó de una época de adoración a la diosa, según narra Eisler (2005) “*en que la descendencia aún era matrilineal y las mujeres todavía no estaban controladas por los hombres*” (p. 73) Hasta el segundo milenio a.C., las mujeres sumerias participaban en actividades sagradas y, si no estaban casadas, podían actuar como sacerdotisas-sanadoras (ver Achterberg, 1990). La diosa más importante era Inanna, o Ishtar, como la denominaron los asirios. (ver Apéndice Iconográfico figuras 3.1., 3.2., 3.3., 3.4.). En las figuras 3.3. y 3.4. podemos apreciar la Puerta de Ishtar. Como sabemos, el período Caldeo-Neobabilónico se caracterizó por la construcción de grandes palacios, constituyendo espléndidos complejos, ordenados a partir de los patios de ceremonias y dotados de poderosas portadas, decoradas con relieves cerámicos, de las que es buena muestra, la Puerta de Ishtar, sobre la Vía de las Procesiones de Marduk, tal vez la más bella de cuantas por los cuatro costados daban acceso a Babilonia. Ishtar era considerada reina del cielo y de la tierra, señora de la noche y estrella de la mañana. Representaba el amor, la salud y el nacimiento. Los mitos de creación de Mesopotamia incluyen ambos sexos, siendo la parte femenina la que da a luz al mundo.

Cabe también recordar que el pueblo sumerio puede ser considerado como el primero que adopta una posición relativamente disciplinada en relación con las prácticas de curación. Lo que podríamos considerar el texto médico más antiguo se recoge en dos tablillas sumerias. También se han recuperado más de ochocientas recetas medicinales. Sus teorías sobre el funcionamiento del cuerpo humano y sobre la enfermedad fueron transmitidas a través de las rutas comerciales, a los fenicios,

egipcios y griegos. Su creencia de que la enfermedad era causada por alguna forma de pecado, gusano o insecto, influyó en la tradición judeocristiana, reflejando al mismo tiempo su experiencia de las enfermedades parasitarias y enfermedades endémicas que se extienden por toda la región. Durante más de dos mil años, al menos hasta las invasiones semitas alrededor del 2600 a.C., las mujeres sumerias practicaron la medicina, habiendo ejercido también, al parecer, como cocineras, barberas y escribas (ver Achterberg, 1990). Alrededor del año 1000 a.C. la sociedad sumeria entra en decadencia y la mujer queda excluida de la educación formal. En el año 700 a.C. no encontramos ya ninguna mujer médica o escriba, aunque sí aparecen comadronas, nodrizas o cuidadoras, en general. Al ser desterrada la cultura de la diosa, el papel de la mujer en el cuidado de la salud se fue degradando en paralelo a su desplazamiento dentro de la sociedad.

## **2.2. Egipto.**

En términos generales, y según refiere Pérez Largacha (2004), aunque la cultura egipcia presenta en ocasiones ya formas de abordaje *cuasi-naturalistas*, mantiene en muchos ámbitos una concepción de la dinámica salud-enfermedad de carácter mágico y religioso: *“en muchas ocasiones nada se podría hacer médicamente, pero si mágicamente, como en el caso de las picaduras de escorpión”* (p. 145).

En la cultura egipcia varias diosas aparecen como protectoras de la salud en la mitología egipcia: Isis era la gran diosa de la medicina. Sus hermanas Nefitis y Neith protegían de los males que atacan a los mortales en la oscuridad. Sekhmet, la mujer del dios médico Ptach, la diosa de cabeza de leona, era terapeuta y colocadora de huesos y protegía del fuego y las enfermedades. Bes protegía los lugares en que las mujeres daban a luz y Hathor, la diosa vaca, alimentaba a los lactantes y curaba la esterilidad. Ubastet, hermana de Sekhmet, era la diosa comadrona y Meskhenet, la del útero bicornes, cuidaba las piedras calientes sobre las que se agachaban las mujeres durante el parto. En el antiguo Egipto, la medicina estaba ligada al culto religioso y según Bernis y Cámara (1982) las mujeres no quedaban excluidas de su ejercicio:

*“las mujeres participaban en el ejercicio médico, en el que existían varias categorías: los sacerdotes, mediadores entre el enfermo y la diosa Sekhmet,*

*los médicos laicos o escribas, y los magos. En Saïs, existió una escuela de medicina en la que las “Madres divinas”, especie de sacerdotisas, impartían enseñanza, fundamentalmente sobre problemas ginecológicos, a estudiantes del sexo femenino”* (p. 207).

No debemos olvidar la estrecha relación que en el mundo egipcio existía entre medicina, religión y magia. Pérez Largacha, 2004 señala que *“médicos, sacerdotes y magos actuarían contra un mismo enemigo, unos demonios y fuerzas ocultas que podían penetrar en el cuerpo humano y provocar enfermedades”* (p. 143). En cualquier caso, la fama de la medicina egipcia en la antigüedad fue notoria, hasta el punto de que los griegos llegaron a identificar a Imhotep con Asclepio (ver Apéndice Iconográfico figura 3.5., 3.6. , 3.7.).

Como es sabido, el conocimiento médico egipcio está profundamente influido las prácticas de momificación de los cuerpos y la extracción de las vísceras. De esta forma pudieron conocer mejor que otras culturas la anatomía y el funcionamiento del cuerpo. Un conocimiento que quedó reflejado en los papiros médicos. Siguiendo a Laín Entralgo (2003), mencionaremos cuatro de los papiros médicos escritos entre los siglos XX y XV a. C. En primer lugar, el encontrado por Georg Ebers en 1850, del siglo XVI a. C., sobre medicina, anatomía y cirugía, contiene referencias sobre los cuidados del cabello, la piel, preparados domésticos contra las pestes y otros aspectos relativos a la salud y a la enfermedad (ver Apéndice Iconográfico figura 3.8.) y que es considerado como el más completo de los papiros encontrados que versa sobre medicina. Actualmente se encuentra en la Librería de la Universidad de Leipzig. El papiro sobre cirugía encontrado por Edwin Smith, comprende el denominado “libro de las heridas”, en el que se recogen diversas técnicas como vendaje, reducción, entablillamientos y suturas. El papiro encontrado por Sir Flinders Petrie, o papiro *Kahoun*, del año 1850 a. C., versa sobre ginecología y enfermedades veterinarias y permite comprobar que se confiaba a ciertas mujeres la predicción del sexo del bebé antes de nacer, basándose en el color del rostro de la madre embarazada, y se asumía su competencia para el diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad femenina. Las reinas egipcias solían poseer conocimientos de medicina, y en las distintas épocas hubo mujeres médicas y cuidadoras, libres y esclavas, que se encargaron de la atención a los enfermos y la preparación de medicinas.

Según Hernández Conesa (1996), en el antiguo Egipto existió una “*cultura del cuidado*” tan sofisticada que hubiera podido garantizar su desarrollo disciplinar. Sin embargo, esta cultura estuvo condicionada por relaciones de servidumbre y de género de las personas que tradicionalmente lo practicaban. De hecho, los cuidados domésticos relacionados con el mantenimiento de la salud del grupo en el papiro de Ebers “eran efectuados *por los sirvientes de la casa, organizados por el ama*” (p. 80).

### **2.3. Grecia.**

Aunque en la Grecia antigua la mujer parece haber gozado de mayor importancia, la mujer ateniense de la época clásica es considerada como un ser inferior, sin derecho a la ciudadanía, relegada al *gineceo* como esposa y madre de futuros ciudadanos, o concubina del señor del *oikos*, amante culta de lujo en el caso de las *hetairas*, simple esclava o prostituta. Los pensadores y literatos griegos la suponen débil, inclinada a la bebida y al desenfreno sexual. La diferenciación sexual queda explicada en el mito griego de la creación de la primera mujer, Pandora, recogido por Hesíodo, quien presenta a la humanidad como formada originariamente por un solo sexo, el masculino.

Las teorías científicas confirmaban la necesidad y conveniencia de que la mujer quede relegada al ámbito privado y justificaban el sistema social imperante. La inferioridad biológica, científicamente probada, podrá justificar el tipo de relación de sometimiento de la mujer al marido que defiende Aristóteles en su obra *La Política*:

*“Ya hemos que la administración de la familia descansa en tres clases de poder: el del Señor, del que hablamos antes, el del padre y el del esposo. Se manda a la mujer y a los hijos como a seres igualmente libres, pero sometidos, sin embargo, a una autoridad diferente, que es republicana respecto de la primera, y regia de los segundos. El hombre salvo algunas excepciones contrarias a la naturaleza, es el llamado a mandar más bien que la mujer, así como el ser de más edad y de mejores cualidades es el llamado a mandar al más joven a y aún incompleto”* (Aristóteles, 1997, p. 61).

De esta forma el papel de la mujer ateniense se reduce al hogar, puesto que no podía iniciarse en los “misterios de las artes”. Su función principal en relación con los cuidados se recoge en la literatura en las figuras de “nodrizas” y “parteras

empíricas”. En la Grecia clásica la salud se asocia a la diosa Panacea quien ayuda a los enfermos a través de los sacerdotes del templo.

En la tradición judeocristiana y en los mitos de creación de otras muchas culturas, el hombre también aparece antes que la mujer, y ésta procede posteriormente del cuerpo masculino, lo que significa que comparte el origen con el hombre, pero está subordinada a él. Zeus envía la mujer a los hombres como castigo por haberles sido entregado el fuego robado por Prometeo. Es modelada con agua y arcilla por Hefestos el Patizambo. Atenea la engalana y le enseña a tejer. Afrodita le infunde una irresistible sensualidad y Hermes le concede una mente cínica y un carácter voluble. Siguiendo a Mossé (1990) la mujer, pues,

*“es un mal, un mal tanto más temible cuanto más apasionadamente lo buscan quienes lo padecen; un mal adornado con todo tipo de seducciones y capaz de toda clase de artimañas; un mal del que sin embargo el hombre no puede prescindir”* (p. 109).

Pandora es la primera novia, que será desposada por Epimeteo, para salvar a su hermano Prometeo de la furia de Zeus. Pandora es la portadora de la caja que encierra, tal y como señala Graves (2004), *“todos los males que podían infestar a la raza humana como la Vejez, el Trabajo, la Enfermedad, la Locura, el Vicio y la Pasión”* (p. 192), y, al abrirla, traerá todos los males, desgracias y catástrofes a la vida del hombre. Esta visión negativa y culpabilizadora de la mujer es fundamental para comprender muchas de las interpretaciones de procesos fisiológicos y psicológicos femeninos. Estas interpretaciones serán, como iremos viendo, cruciales para el desarrollo de las identidades ligadas a las prácticas de cuidado, en virtud, obviamente, de su condición femenina. Veámoslo, entonces, con un poco más de detalle.

Para los hipocráticos, la hemorragia menstrual no tiene ningún proceso análogo en el cuerpo del hombre. El exceso de sangre en sus cuerpos provoca que las mujeres estén en un riesgo permanente de enfermar. La menstruación es, entonces, el mecanismo que las libera de tal riesgo, con lo cual toda retención o exceso supone un grave peligro para la salud de la mujer. En la teoría aristotélica la sangre menstrual corresponde al semen masculino, pero en un grado inferior de

cocción, y su producción sólo es importante en función de la procreación, es decir, no proporciona ningún beneficio al cuerpo de la mujer por sí misma.

Encontramos dos puntos en común entre ambas teorías: a) la menstruación es uno de los procesos más básicos que diferencia a hombres y mujeres; b) los cuerpos de todos los seres humanos (hombres y mujeres) están formados a partir de la sangre menstrual que nutre al feto en el útero materno. Prácticamente todos los trastornos físicos y psíquicos que pudiera sufrir una mujer se atribuían a algún desorden en sus reglas. La desaparición, escasez o excesiva abundancia de la hemorragia menstrual son causa de grave riesgo para la salud de la mujer, que queda constituida en un ser al borde permanente de la enfermedad. La menstruación representa en la cultura clásica oficial la condición impura, perfectible de la mujer y su inferioridad natural respecto a la condición masculina. Como hemos anticipado, esta idea se va instalando en el seno de la cultura occidental y, por lo que atañe a nuestro argumento, se irá convirtiendo en un factor de continuidad crucial para la comprensión del desarrollo histórico de las identidades vinculadas a las prácticas de cuidado.

Volviendo a nuestra trama, conviene recordar que los cuidados de la salud en templos como el de Asclepio, tuvieron dos orientaciones: la primera “mística” y la segunda delegada de la medicina natural, y en la que se combinaban los remedios naturales y sobrenaturales. Como se cita en los textos hipocráticos, determinadas tareas que hoy llamaríamos “prácticas o cuidados enfermeros”, tales como baños y recomendaciones dietéticas, eran generalmente llevadas a cabo por un servidor o asistente varón. Como afirma Hernández Conesa (1996), *“se corresponde con una de las primeras figuras históricamente institucionalizadas que realiza “prácticas enfermeras”, actuando por delegación dentro de una doble filiación mágico-racional”* (p. 83).

Hipócrates fue un médico contemporáneo de Sócrates, originario de Cos, que escribió sus obras en jónico, por ser el dialecto literario de su época. Por ello, el jónico quedó posteriormente como lengua de los escritos médicos en Grecia. El corpus hipocrático es una colección de unos sesenta tratados de medicina, escritos probablemente entre la segunda mitad del siglo V y la primera mitad del siglo IV a. C. Por tanto, no todos los autores fueron contemporáneos ni todos procedían de la



Jonia, aunque utilizasen tal dialecto por la razón indicada anteriormente. Tampoco se sabe con exactitud cuántos tratados pueden atribuirse a la autoría directa de Hipócrates. Su contenido es variado, y no ofrecen una teoría médica uniforme, ni siquiera aquellos que se han atribuido generalmente a Hipócrates. Lo que sí tienen en común es que sus autores son médicos con experiencia que parten de la observación de los pacientes en vez de razonamientos abstractos, como en el caso de Aristóteles, y están escritos con la finalidad, eminentemente práctica, de mejorar la actividad terapéutica, y no de establecer teorías académicas. De estos sesenta tratados, diez están dedicados a temas ginecológicos (ver Apéndice Iconográfico figura 3.9.).

Los hipocráticos no realizaron disecciones del cuerpo humano, ni tampoco llevaron a cabo disecciones de animales, con objeto de extrapolar sus descubrimientos para un mejor conocimiento de la anatomía y fisiología humanas. Otra característica común es que tratan de explicar las funciones corporales y las enfermedades como resultado de causas naturales, sin intervención sobrenatural. Pretenden, pues, dar explicaciones científicas y no mágicas. Como es ya proverbial, los hipocráticos consiguieron extender durante siglos la idea de que toda la dinámica corporal (y psíquica) podía ser entendida a partir de la dinámica de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra).

Por otra parte, los ciudadanos propiamente dichos no practicaban trabajos manuales; la posición social de quienes los realizaban, sirvientes y esclavos, clarifica la escasa importancia de los cuidados “enfermeros”, que continuaron llevándose a cabo en el ámbito doméstico. A este respecto conviene, precisar o recordar que seguimos trabajando a estas alturas de nuestra trama con una concepción de las prácticas de cuidado muy ligada a, y muy problematizada por, nuestros objetivos historiográficos. Recordemos que estamos intentado analizar el desarrollo histórico de las prácticas de cuidado. Nos movemos en este sentido entre dos tendencias o disposiciones. Por un lado, tratar de reconstruir historiográficamente las prácticas de cuidado desde las concepciones del cuidado que, empírica y oficialmente, se dan en la actualidad. Por otro lado, intentar ser sensibles a la forma en que las distintas configuraciones culturales fueron produciendo prácticas de cuidado. En algunas ocasiones estas prácticas aparecerán profundamente ligadas, por ejemplo, a la idea de curación, y, por lo tanto, a las concepciones medicalistas, mientras que en otros

aparecerán más vinculadas a prácticas derivadas, por ejemplo, de idearios religiosos o morales. Somos perfectamente conscientes de que nuestro trabajo no puede evitar moverse en esta ambigüedad o tensión entre el presentismo y el historicismo. Entre el espíritu de reconstrucción, al servicio de una cierta idea del presente y del futuro, y el espíritu, digámoslo así, genealógico, es decir, la propensión a tomar en cuenta en la práctica historiográfica la influencia de nuestros prejuicios sobre la forma en que describimos el pasado.

#### **2.4. Roma.**

El tratamiento de las enfermedades en Roma dependía en gran parte de los cabezas de familia, que se guiaban por las instrucciones de los populares manuales de cuidados médicos. El primer texto que marca el triunfo de la medicina griega en Roma es el de Celso en el siglo I d. C. Se conservan sus ocho libros *De Medicina*, escritos en latín, con referencias a la fisiología femenina en el libro tercero. Plinio el Viejo, también del siglo I, escribió una *Historia Natural* en 37 libros.

Sorano, nacido en Efeso, se formó en Alejandría y practicó en Roma durante el final del siglo I y comienzos del II. Escribió varios tratados médicos en griego. Tan sólo sobrevive su *Ginaecia*, tratado en cuatro libros, que tratan de la fisiología femenina, su patología, la concepción, el embarazo y el parto y el cuidado del recién nacido y el lactante. Sorano es el principal representante de los metodistas, que se distinguen por no elaborar complejas teorías. Clasificaban todas las enfermedades en tres estados corporales básicos: relajado, constreñido y mixto, y tendían a usar los mismos tratamientos para hombres y mujeres. Tras identificar la enfermedad, administraban el tratamiento que provocase el estado opuesto en la parte del cuerpo correspondiente. Las terapias ginecológicas de Sorano tomaban en consideración a la paciente, y se hicieron muy populares entre las comadronas y otras personas dedicadas al cuidado de la salud de las mujeres en la antigüedad.

Galeno nació asimismo en un centro médico de la Jonia, en Pérgamo. Ejerció activamente en Roma durante la segunda mitad del siglo II d. C. Tiene referencias ginecológicas en toda su obra, pero tan sólo un tratado específicamente ginecológico, otro sobre embriología y otro sobre reproducción. Era versado en los hipocráticos, Aristóteles y los alejandrinos. Las obras de Galeno y el corpus

hipocrático constituyen el núcleo principal del saber médico desde el siglo II al VI. Posteriormente, los autores árabes refundirán los textos galénicos, que volverán a la cultura occidental a través de distintos tratados de medicina, fundamentalmente el *Canon de Avicena*, manteniendo su influencia desde el siglo XII hasta el siglo XVII, e, incluso, posteriormente (ver Apéndice Iconográfico figuras 3.10., 3.11., 3.12., 3.13.).

Después de Galeno, el centro de la actividad médica se desplaza de Jonia a Atenas, de Atenas a Alejandría y de ésta a Roma. La diferencia cultural marcará un contraste importante entre la tradición alejandrina y la romana. En cuanto a la mujer romana, cabe pensar que su alejamiento de las tareas del gobierno y de la política no impidió su influencia en la vida pública. Como describe Hernández Conesa (1995)

*“un caso excepcional que manifiesta una clara institucionalización de los Cuidados, que hasta el momento poseían un carácter cuasi doméstico... [fue] la Fundación Alimentaria de Fabia Hadramilla en Hispalis, quien dejó un legado de cincuenta mil sestercios para distribuirlos anualmente entre los más jóvenes de la ciudad...”* (p. 72).

Como observamos, las patricias romanas podían poseer una gran fortuna e influir de forma indirecta en ciertos aspectos sociales.

Por otro lado, en la Roma precristiana encontramos, al igual que en Grecia, diversas diosas de la salud, entre ellas Bona Dea, símbolo de la fertilidad, la salud y la longevidad. En los templos dedicados a esta deidad sólo las mujeres estaban autorizadas a tratar las enfermedades de las pacientes que acudían. Fortuna era la diosa de las jóvenes que deseaban ser madres. Carna era la deidad de los órganos masculinos y femeninos internos. Febris, la deidad de las fiebres malarias, a quien se dedicaban tres templos en las colinas de Roma, donde iban los pacientes para ser purificados mediante el uso de hierbas amargas y una dieta severa. Minerva era la principal diosa de la salud. En el Lago Nemi se ofrecían numerosas ofrendas a Diana como suprema diosa curadora. Eran numerosísimos los exvotos ofrecidos por los pacientes en los distintos templos relacionados con la curación de enfermedades: el de Esculapio en la isla Tiberina, el de Minerva en la colina Esquilina, el de Diana en el Lago Nemi, etc.

Sabemos que las mujeres romanas tenían conocimiento del uso de hierbas con fines curativos y con fines abortivos. En este sentido se entiende la acusación que reciben con frecuencia de *envenenadoras*. En cuanto a la atención al parto Hoyo (1987) señala que:

*“la profesión de parteras era ejercida exclusivamente por mujeres. El nombre obstetrix, en femenino y sin paralelo masculino como en el caso de medicus/medica está emparentado con el verbo obsto <colocarse delante> y tiene el sentido de <la que se sitúa frente a la mujer que va a parir para recibir al niño>” (p. 131).*

### 3. El Cristianismo, la gran Novedad Antropológica.

El nacimiento del Cristianismo configura progresivamente la filosofía del hombre tardorromano y medieval en Occidente. La identidad del mundo occidental está constituida por tres elementos: la cultura griega clásica, el nacimiento y desarrollo histórico del Cristianismo y el impacto en todos los órdenes de la Ilustración. La forma de pensar y la identidad espiritual se nutren de estas raíces, y en este sentido, como dice Torralba (1998), *“el hombre occidental es un híbrido diacrónico que se ha construido a lo largo de los siglos y de la sedimentación de distintas culturas y cosmovisiones”* (p. 39).

Las raíces cristianas de Europa son históricamente obvias en todos los aspectos, pero si es posible que en uno de ellos lo sean más, este es, sin duda, la predicación del amor al prójimo, la benevolencia y la beneficencia aplicada al cuidado de los enfermos y desvalidos. Negar esta idea sólo puede obedecer, seguramente, a un oscuro prejuicio ideológico.

Europa nació en el solar de las diversas provincias del Imperio Romano situadas a lo largo de la ribera norte del mar Mediterráneo y el cristianismo se difundió en los tres siglos primeros de nuestra Era entre los pueblos, sobre todo de cultura greco-latina, que se situaban a las orillas del *Mare Nostrum*. A comienzos del siglo V los invasores germanos comenzaron su conversión al cristianismo. Luego, paulatinamente, se fueron convirtiendo celtas, eslavos y magiares y, finalmente, se produjo la conversión de Escandinavia y de los pueblos de los Países Bálticos. De tal modo que el cristianismo fue, además de pieza principal, la religión que aportó los elementos de cohesión y coherencia para el nacimiento del espíritu europeo y que le imprimió su personalidad.

Las alusiones a la enfermedad y a la medicina son abundantes en los diversos textos del Nuevo Testamento. No obstante, debemos distinguir tres formas diferentes de presentar la enfermedad:

- La forma metafórica, consistente en considerar la fe en Jesucristo como un auténtico camino para la “salud” del ser humano.

- La actitud afectiva y personal de Jesucristo y de los apóstoles ante la enfermedad.
- La actitud normativa respecto a la enfermedad, que corresponde al cristiano ante su prójimo.

Jesús responde a los fariseos: *“No son los sanos, sino los enfermos, quienes necesitan del médico”* (Mat. IX,12; Marc. II,17; Luc. V, 31). Y Jesús se presenta como médico y para hablar del pecado, metafóricamente, lo denomina *“enfermedad del alma”*. En la figura 3.14. del Apéndice Iconográfico podemos observar a Jesucristo rodeado de enfermos que esperan ser curados.

La predicación del mensaje de Jesucristo fue el hecho fundamental en la evolución del cuidado y en las prácticas de cuidado suministradas por las mujeres cuidadoras, que constituyen, como iremos viendo, el núcleo valorativo de la historia de la enfermería. Es conveniente recordar que el mensaje cristológico apunta a una transformación radical del ser humano y a una consideración sui generis del ser humano. El mensaje de Jesús contiene respecto a la enfermedad “un para qué”. La enfermedad tiene un sentido providencial y comienza a ser entendida como prueba y como signo de predilección. Por lo demás, al ser humano enfermo ya no se le cuida por lo que tiene, sino por lo que es, como persona y como hijo de Dios. Como tal absolutamente digno, pues fue creado a su imagen y semejanza. La dignidad del ser humano como un valor radical.

Esta nueva antropología convierte al ser humano en una instancia cuya existencia está hipotecada a la existencia del otro en un sentido categorial y axiológico. El nuevo mandato es, como todos sabemos, “amaos los unos a los otros como Yo os he amado” (Juan XV, 12). “Él que también dijo <No he venido a ser servido, sino a servir>” (Mateo XX, 28). La idea de servicio, tan importante, como se verá un poco más abajo, para el cultivo histórico de la actitud de cuidado aparece aquí como el núcleo de una nueva y revolucionaria imagen del hombre. Este sentido de amor al prójimo y de servicio es el que impregnó a las instituciones y a las personas dedicadas al cuidado de los pobres, menesterosos y enfermos en las primeras centurias de nuestra era.

El amor al prójimo, que se manifiesta en el cuidado a los enfermos, rompe las barreras de lo doméstico y favorece la institucionalización del cuidado enfermero basado en un concepto de ayuda al otro. De esta forma podríamos afirmar que la futura enfermería comienza su proceso de institucionalización de la mano del cristianismo. Existe a este respecto un cierto grado de acuerdo entre los historiadores de la enfermería (ver Donahue, 1985; Hernández Conesa, 1995; Siles, 1999) en el texto bíblico (Mateo XXV, 34-46):

*“Venid, benditos de mi padre, heredad el reino preparado para vosotros desde el principio del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, fui peregrino y me acogisteis, estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, preso y vinisteis a mí. Entonces le responderán los justos: Señor, ¿Cuándo te vimos hambriento y te alimentamos, sediento y te dimos de beber? ¿Y cuándo te vimos peregrino y te acogimos, o desnudo y te vestimos? ¿Cuándo te vimos enfermo o en la cárcel y fuimos a verte? (...) y Él les contestará: en verdad os digo que cuando lo hicisteis con uno de estos mis hermanos más pequeños conmigo lo hicisteis. (...) En verdad os digo que cuándo no lo hicisteis con uno de esos pequeñuelos, tampoco conmigo lo hicisteis. E irán éstos al castigo eterno, pero los justos a la vida eterna”.*

En este texto podemos advertir, sin excesivo esfuerzo, algunos de los elementos valorativos de lo que será la praxis enfermera desde el siglo III en adelante, durante toda el medievo y, a través de sucesivas metamorfosis, probablemente hasta la actualidad. Esta concepción de ayuda se institucionaliza a partir del Bajo Imperio Romano y, en la Iglesia de entonces, conviene recordar, que el obispo era el padre de los pobres (ver Apéndice Iconográfico figura 3.15., donde Caravaggio, en 1606, representa en esta pintura siete obras de misericordia).

El cuidado de los enfermos, a partir de una nueva filosofía de vida que fomentaba el desprecio a las riquezas y la ayuda desinteresada al pobre y desvalido como formas de redención, fue, sin duda, lo que indujo a muchas personas a dedicarse con gran abnegación y escasos conocimientos a los enfermos sin recursos. Esta actitud se manifiesta de forma especialmente clara en las figuras de las vírgenes de la Iglesia primitiva y de las viudas al servicio de la comunidad

cristiana. Este sentido de servicio a los demás se expresa en el *Nuevo Testamento* como *diákonía*. Con el tiempo de esta raíz derivará la palabra “diaconisa”, con la que se designa a las mujeres que con posterioridad algunos han considerado las “primeras enfermeras de la historia” (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966). No debemos olvidar que el delegado del obispo ha sido y es el diácono. En las epístolas de San Pablo, concretamente en la *Primera Epístola a los Romanos*, se menciona a Febe, mujer nombrada diaconisa y que algunos autores consideran, en concreto, la primera “enfermera” de la historia (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza 1966; p. 53). Febe, al igual como las demás diaconisas de su época, cuidaba de los enfermos en sus domicilios, educaba a huérfanos y hacía tareas pastorales.

Estas son las líneas generales de una nueva concepción de la vida humana que va a resultar, se quiera o no, definitiva para el desarrollo de las prácticas de cuidado en nuestra cultura. Los datos historiográficos sobre las culturas del cuidado en esta nueva etapa presentan ya un volumen importante y plantean también algunas complejidades analíticas añadidas. El desarrollo del cuidado se da sobre un fondo social cada más complejo e indeterminado y comienzan a diversificarse los roles y las funciones adscritas a la administración de los cuidados. Por todo ello, trabajaremos en este período con una especial pulcritud metodológica. Siguiendo de cerca el modelo metodológico propuesto en el capítulo anterior, organizaremos nuestra trama, como haremos en el resto de los períodos históricos que consideremos, a partir de tres niveles de análisis: socio-institucional, discursivo y biográfico. Veremos, por lo tanto, en primer lugar, las **instituciones** y formas culturales (hospitales, centros de formación, conventos) que funcionan como soportes, cuasi físicos, y como condiciones de posibilidad para el ejercicio del cuidado. En segundo lugar, analizaremos cómo se inscriben (libros, estatutos, normativas) en documentos los **saberes** sobre el cuidado y las condiciones normativas a partir de las cuales se ejerce. Finalmente, sopesaremos las aportaciones de algunas **figuras** de la época (Hildegard de Bingen, Santa Isabel de Hungría) imprescindibles para el desarrollo de las culturas del cuidado).



### 3.1. Desarrollo institucional del cuidado en el medievo y el renacimiento.

#### 3.1.1. Hospitales.

En Roma la patricia Fabiola fundó el primer hospital cristiano público en su propia casa, atendiendo personalmente a los necesitados. *“Marcela, dedicó su vida al cuidado de enfermos en su palacio. Paula y su hija Eustaquia ... se dedicaron a las tareas de caridad y estudiaron con Marcela”* (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza 1966; p. 56; Donahue, 1985; p. 112). Paula en el camino a Belén construyó hospicios para peregrinos y hospitales. Se le atribuye la sistematización a la hora de instruir y enseñar “la enfermería” como un arte diferenciado del servicio a los enfermos y pobres.

En cualquier caso, hasta el Edicto de Milán, en el 317 d. C., los cristianos no tuvieron posibilidades de fundar hospitales públicos debido a la persecución a que eran sometidos. Tras el Edicto, con Constantino, reconocida ya públicamente la Iglesia, el cuidado de los enfermos pasó a ser responsabilidad directa de los Obispos.

Esta incipiente “institucionalización de los cuidados” conducirá, como veremos más adelante, a una jerarquización y dependencia de la “enfermería” respecto, finalmente, a las prácticas médicas. Dada la importancia de este proceso de estructuración jerárquica del cuidado en el ámbito religioso, conviene que lo veamos con un cierto detenimiento.

En un primer momento, en la iglesia cristiana primitiva la labor social de las mujeres se llevó a cabo en un plano de igualdad con los varones, es decir, asumieron todas las tareas comunitarias. Entre las más relevantes estaba, obviamente, el cuidado de los enfermos. El cuidado de los enfermos se convirtió en un referente moral y en una vocación sagrada. A medida que la iglesia se jerarquiza los grupos de mujeres vírgenes, viudas, diaconisas y, posteriormente, las monjas, serán progresivamente homologadas y sometidas al control ejercido por los obispos. El desarrollo de la iglesia cristiana fue configurando diversas órdenes religiosas y el pensamiento religioso impregnó el devenir del cuidado. De este modo, la disciplina estricta se convirtió en una forma de vida. Las personas religiosas que se dedicaron al cuidado en todas sus variantes fueron instruidas y adiestradas para la docilidad, la

pasividad, la humildad y muy especialmente la obediencia. Como veremos a lo largo de este capítulo y otros capítulos sucesivos, en un primer momento, la lógica del cuidado parece transitar desde la obediencia al sacerdote hacia la obediencia al médico, aunque, como también hemos indicado, ambas formas de obediencia han estado, en cierto modo, presentes desde los orígenes de las prácticas de cuidado. La obediencia incuestionable no sólo en la jerarquía dentro su propio grupo social sino también a otros grupos o estamentos: religiosos varones y médicos.

Este proceso de homologación de las prácticas del cuidado, dentro de una iglesia cada vez más estructurada internamente y con más peso en las formas generales de organización del poder social, da lugar pronto a un proceso paralelo de institucionalización del cuidado. Una vez que la Iglesia fue reconocida, la expansión de los *xenodochium*, antecesores de los hospitales, no se hizo esperar. Según Donahue (1985), en el I Concilio de Nicea (325 d.C.) “*se acordó que cada obispo construiría uno de estos establecimientos. El dinero necesario provenía de las donaciones y limosnas de los cristianos*” (p.117).

La secuencia evolutiva de las primeras instituciones cristianas dedicadas al cuidado de los enfermos, según Nutting y Dock (1937) citada por Donahue (1985) fue la siguiente:

*“... las diakonia, o habitaciones en hogares privados, las xenodochium, ampliaciones de los diakonia, y finalmente los hospitales; por su parte, las formas de las primeras organizaciones de enfermería empezaron con la congregación, pasaron por el diácono, las hermandades de viudas y los parabolani, para llegar finalmente a los monjes y monjas”* (p. 119).

En Oriente los *xenodochium* recibieron el nombre de *nosocomia*. El primer antecedente cristiano de “enfermero varón” lo formaron los *parabolani*, nombre otorgado a aquellos que arriesgan sus vidas al entrar en contacto corporal directo con personas enfermas. Se sabe que en el siglo III la peste negra inundó toda la cuenca mediterránea y en Alejandría este grupo cuidó a los enfermos sin temor al contagio, ya fueran paganos o cristianos. Como señala Hernández Conesa (1996), “*Su número y actividades fueron sometidas a control*” (p. 108). Perteneían al estrato

social bajo y se les negaban los derechos de asistencia a espectáculos, juicios, así como el acceso a la curia.

Poco a poco aparecen por todo Oriente los *nosocomia*, como el hospital de San Zoilo en Constantinopla. Al poder agrupar en ellos a los enfermos, permitían que los tratamientos fueran más seguros y económicos. Se cree que el primero de ellos, una auténtica ciudad-hospital, fue el creado en Capadocia por San Basilio de Cesaréa hacia el 370 d.C.; en él se atendía a los enfermos, inválidos, huérfanos, ancianos y leprosos. Fue sin duda el más el más famoso *nosocomia* cristiano, estaba constituido por diversos edificios en cada uno de ellos se brindaba una diferente actividad caritativa y cuidadora (ver Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966).

De esta forma, poco a poco, entre los siglos V y XIII, y bajo la influencia de una Iglesia impregnada en la doctrina agustiniana, los cuidados se orientan hacia la espiritualidad y se alejan del cuerpo, que es considerado impuro. La Iglesia decide lo que es bueno y malo para el alma y para el cuerpo, y de esta forma decide el tipo de cuidados a brindar.

Este nuevo *corpus* doctrinal espiritual según Collière (1993) orienta el conocimiento médico:

*“La práctica de esta nueva medicina seguirá siendo durante mucho tiempo exclusiva de los hombres de Iglesia: primero los monjes que vieron más tarde prohibida toda su actividad médica por decisión conciliar de 1130; después los sacerdotes y clérigos sucedieron a los monjes-médicos y se convirtieron en el siglo XIII en los primeros estudiantes de escuelas y facultades de medicina (en Francia; en Montpellier en 1220)” (p. 36).*

En Occidente, en el siglo VI, en la Mérida visigótica, el obispo de esta ciudad funda el que es conocido por la historiografía como, el Gran Hospital de Mérida (Hernández Conesa, 1996; Santo Tomás, 2000). En este hospital se cuidaba y atendía a cualquier persona doliente, independientemente de su religión o clase social. Según describe Granjel (1981):

*“Esta ciudad, en la que se conservan numerosos vestigios hispanorromanos, poseía en la segunda mitad del siglo VI un patrimonio suficiente como para crear instituciones asistenciales que servirían de vehículos para las manifestaciones de caridad. Según describe la Vitae Patrum Emeritensium, esta riqueza se debió a un legado canalizado por un matrimonio de rango senatorial de la provincia Lusitania, en favor del obispo Paulo –nacido en Grecia y médico de profesión- por haber salvado la vida de la esposa del senador, al haberle practicado una cesárea. Los sucesores de este obispo, primero Fidel y después Másona, institucionalizaron la asistencia de la Iglesia de Mérida. La atención a los enfermos recaía en médicos y enfermeros, quienes estaban encargados de la recepción y asistencia de los mismos, así como de recorrer la ciudad y recoger a todos los pobres y enfermos, y conducirlos hasta el hospital, con el fin de que allí fueran atendidos. Másona, obispo emeritense y sucesor de Paulo, fundó un hospital bizantino en el siglo VI, de quien dice el Padre Flórez en su España Sagrada: <Labró un hospital para toda suerte de enfermos, esclavos, libres, cristianos y judíos, aplicándole copiosos patrimonios con muchos médicos ministros y surtido de cuanto pudiera conducir al bien de los enfermos. A los médicos les mandó que recorriesen continuamente la ciudad para recoger cuantos enfermos hallasen, peregrinos o naturales, añadiendo que de todos los regalos que fuesen a palacio de prelado llevasen al hospital la mitad para recrear a los enfermos, porque en su intensa caridad todo le parecía poco para los pobres>” (p. 81).*

En efecto, conviene recordar que a partir del siglo VI la medicina conventual prevalecerá sobre la medicina laica hasta que aparezcan las universidades a partir de finales del siglo XII.

La tecnificación de la medicina medieval, evidente en el siglo XIII se debió a la titulación oficial de médico y a la reglamentación de su formación científica. Por lo general el médico universitario no practicaba la cirugía, sino que se encargaban de esta tarea colectivos como los barberos y los cirujanos prácticos.

La asistencia técnica al enfermo va a situarse en tres niveles: por un lado, reyes, príncipes y señores feudales van a ser atendidos por un médico dedicado exclusivamente a ellos. Por otro, para los pertenecientes a la burguesía

(comerciantes, artesanos) la asistencia médica solía ser domiciliaria y, en último término, el pobre, ya fuese esclavo, indigente, urbano o siervo de la gleba era atendido en el hospital. La forma social de ayuda es el hospital. Como ejemplos de esta función asistencial encontramos, entre otros, el Hôtel Dieu de París, el Hôtel Dieu de Lyon, el St. Thomas Hospital y el St. Bartholomew's Hospital ambos en Londres, el Hospital del Santo Spirito de Roma y en España en el Hospital del Rey de Burgos. Este último fue fundado, en 1212, por Alfonso VIII para dejar constancia de su agradecimiento por vencer a los musulmanes en la Batalla de las Navas de Tolosa (ver Apéndice Iconográfico figura 3.16.).

En términos generales, se puede constatar que a lo largo del siglo XII, comenzaron a construirse hospitales, dedicados en principio a los heridos en las Cruzadas. Estos hospitales albergaban una variedad de personas necesitadas. Estaban atendidos por hombres y mujeres, religiosas, que se ocupaban del bienestar fundamentalmente espiritual de los acogidos. En la figura 3.17. del Apéndice Iconográfico se puede observar algunas actividades cuidadoras habituales realizadas a las personas acogidas.

Entre los hospitales europeos más importantes podemos reseñar el Hôtel Dieu, en Lyon, fundado en el siglo VI a instancias del arzobispo de la ciudad. En un principio fue regido por grupos de laicos. Se atendía a peregrinos, huérfanos, pobres y enfermos, y “las enfermeras” eran mujeres viudas que vivían cerca del monasterio. Sabemos que en el siglo XIV este centro fue gestionado por los monjes. Durante la peste que asoló Lyon en 1478 y, dado que la respuesta hospitalaria fue insuficiente, se determinó que el establecimiento fuera nuevamente gestionado por laicos, concretamente el hospital fue comprado por la junta municipal. Cuando la sífilis que padecían los soldados que habían combatido en la campaña italiana de Carlos VIII llega a la ciudad, se intensifica en el hospital la prestación sanitaria para las personas contagiadas (básicamente prostitutas y soldados). Algunos trabajos (ver, por ejemplo, Klairmónt-Lingo, 2001) describen diversas figuras que atendían las necesidades de los ingresados. Así, en el Hôtel Dieu de Lyon *“hasta el primer cuarto del siglo XVI las personas contratadas eran un barbero y varias mujeres que atendían las necesidades físicas básicas de los enfermos y enfermas indigentes. Los documentos categorizaban a las contratadas como <mujeres>, <chicas de servicio> y <hermanas> (es decir, prostitutas arrepentidas)”* (p. 82). También Davis (1984)

según cita (Klaimónt-Lingo, 2001) refiere que *“todas ellas servían <a los pobres desde la mañana hasta la noche, ofreciéndoles comida, ayudándoles a moverse, cuidando de su higiene corporal y de la de sus lechos, y consolándoles lo más humanamente posible>”* (p. 82). Posteriormente aparecen las matronas como parte del personal que prestaba asistencia a las mujeres parturientas (ver Green, 1994 y Klaimónt-Lingo 2001).

En el hospital había además médicos, barberos o cirujanos, y, según Antonioli (1976) citado por (Klaimónt-Lingo, 2001), *“los administradores del hospital contrataron personal sanitario no autorizado a tiempo parcial”* (p. 86). Entre ese personal se encuentran mujeres que sin recibir una educación reglada actuaban como practicantes de la cirugía que habían aprendido de sus maridos ver Klaimónt-Lingo (2001).

El Hôtel Dieu de París fundado en el siglo VII. Las enfermeras, como en el caso de Lyon, eran mujeres laicas, aunque finalmente se constituyó una orden religiosa: las agustinas (ver Apéndice Iconográfico figura 3.18., 3.19.).

Otro hospital importante, que llegó a convertirse en el mayor fundado durante la Edad Media, fue el Hospital del Santo Spirito de Roma, fundado a principios del siglo VIII, concretamente el año 727, según Miralles, Gigante y Miranda (2004), *“cuando el rey Ina de Sussex funda la Escuela Saxonum”* (p. 66). Acogía a los peregrinos que acudían a Roma. Posteriormente fue destruido por el fuego y reconstruido durante el pontificado de Inocencio III. La intervención del Papa en 1198 fue decisiva. Según Miralles, Gigante y Miranda (2004) *“para el cuidado de los enfermos, hizo llamar a Guido de Montpellier, fundador de la Orden Hospitalaria del Espíritu Santo, formada exclusivamente por hombres laicos”* (p. 67). Se acogía a enfermos, pobres y ancianos, y los hospitalizados estaban separados por sexos.

El St. Thomas Hospital fue fundado en el siglo XII por William Pont de l'Arche y William Dauncey. En su momento inicial, como era habitual en la Edad Media, se prestaba asistencia a los viajeros y enfermos, siendo la Orden Agustiniiana la más comprometida en las tareas caritativas y asistenciales (ver McInnes, 1990). Existe cierta polémica sobre cuál es el hospital más antiguo de Londres, si el St. Thomas Hospital o el St. Bartholomew's. Sabemos que el St. Bartholomew's se fundó en

1123 y que el Priory St. Mary Overy, denominado posteriormente como St. Thomas Hospital, entre 1106 y 1123. Se sabe que el Priory of St. Mary Overy fue destruido por el fuego entre los años 1207 y 1212 y que solamente el refectorio quedó en pie. Después de 1212 es cuando se tomó la decisión de construir el nuevo hospital en un lugar diferente, en el que hubiese una mayor facilidad para el abastecimiento de agua. El obispo de Winchester, Peter de Rupibus, impulsó la reconstrucción del St. Thomas Hospital otorgando veinte días de indulgencia a todas las personas laicas que colaborasen en su construcción. Poco más sabemos sobre lo que fue de este hospital entre los años 1215 y 1540. Según McInnes (1990), *“hacia el final de 1540 había cuarenta pacientes, aunque no está claro si esta cifra representa el promedio”* (p. 17) de pacientes que se atendían en el hospital. El hospital fue cerrado en 1540 debido a que el rey Enrique VIII disuelve las órdenes religiosas. Sabemos que el hospital se reabre más tarde (ver McInnes, 1990):

*“en 1546 fue reabierto el St. Thomas Hospital con una plantilla de media docena de personas, consistentes en dos ministrantes (para la capilla y la iglesia parroquial), dos hermanas que atendían a los pobres y les aseaban, un mozo y un cirujano, bajo la supervisión de un superintendente”* (...) *“Los salarios eran de ocho libras anuales para los dos ministrantes, seis libras para las dos hermanas y para el mozo (con derecho a comida y bebida por 40), trece libras para el cirujano y diez libras para el supervisor”* (p. 22).

Como podemos apreciar, y en virtud de los salarios, la figura más importante en este momento corresponde al cirujano.

El St. Thomas de la época medieval parece que no fue muy próspero. Las donaciones que se recibían, aunque muy generosas, eran insuficientes para poder financiar todas las actividades que se llevaban a cabo, así como los salarios de las diferentes personas que trabajan en él.

A partir de 1577 sabemos que en el hospital trabajaban diversas figuras. Los personajes de mayor rango, según McInnes (1990), son: *“hospitalero, administrador y matrona”* (p. 29). La matrona llevaba a cabo actividades de supervisión de las hermanas contratadas, de quienes solamente se esperaba que actuaran como personas que proporcionaban cuidados domésticos. Hacían la colada y la comida,

limpiaban y ayudaban a asearse a los pacientes. Tenemos que señalar que estas mujeres no tenían formación formal, y su vinculación contractual con el hospital era llevada a cabo mientras permaneciesen solteras. McInnes (1990) cita a varias mujeres que fueron despedidas al conocerse su relación con algún hombre.

*“El 10 de febrero de 1561, una hermana llamada Katrin fue amonestada y se le apercibió de que debía dejar a su pareja dentro de los siguientes quince días “porque es insegura con un marido”, y en su lugar los gerentes señalaron a una paciente, Gelian Welles, pero en poco más de un año, también ella encontró marido, y por lo tanto, también fue despedida” (pp. 27-28).*

También podían ser contratadas como hermanas mujeres que habían estado ingresadas en el hospital, como refiere McInnes (1990)

*“El 11 de agosto de 1561 Alice Armitage llegó a un acuerdo “para servir como una hermana en esta casa como recompensa por haber sido operada y que esto le permitiera haber estado en esta casa para poder comer, beber y vestir con sólo 10s al año”. Era difícil retener a las hermanas. Era la norma que fueran despedidas si se casaban o si incluso se comprometían, y muchas de ellas lo hicieron” (p. 27).*

La matrona controlaba las actividades de las hermanas y, según McInnes (1990), sorprendentemente también al panadero,

*“La matrona estaba a cargo de diez hermanas, una para cada una de las seis unidades grandes y las cuatro restantes para las unidades más pequeñas y menos complejas. Se demostró que el máximo de 300 pacientes era demasiado ambicioso y durante la mayor parte del reinado de Isabel el máximo permaneció en 100, en parte por la falta de sitio para acomodarles y en parte por la falta de fondos.*

*La matrona tenía además la tarea de supervisar al panadero cuando hacía el pan, para impedirle que los panes tuvieran poco peso” (p. 27).*

Otros trabajadores de este hospital fueron: mozos, conserjes (beadles), médicos, cirujanos, farmacéutico, carpintero, albañil, soldador y otras profesiones. (ver McInnes, 1990).



En el caso de España el excelente trabajo de Domínguez Alcón (1986) muestra la cronología desde el año 580 al 1500. En el año 1128 se cita la figura de la *hospitalera* en el hospital de Dios Padre de Burgos y en 1220 un *hospitaler* en el Hospital de la Seu en Tarragona, figuras que en opinión de algunos historiadores enfermeros son predecesoras de la enfermera actual. Asimismo, el término enfermera según Álvarez Sierra (1961) “se menciona en el 1212 en el Hospital del Rey de Burgos, dependiente del Monasterio de las Huelgas” (p. 108). Veamos a continuación, y como ejemplo, el Hospital de San Antolín de Palencia.

Este hospital fue construido por Don Pedro Pérez, obispo de Palencia, alrededor de 1183 (ver Santo Tomás, 2002). Contaba con diversas dependencias (algo habitual en los hospitales medievales). Así, parece que tenía capilla, granero, patio y portal. Además, las salas para enfermos se denominaban, siguiendo a Santo Tomás (2002) “*cuarto de males y cuartos de calenturas y cuarto de bubas*” (p. 430).

En este hospital se atendía a toda clase de personas, excepto a incurables. Los oficios del personal que trabajaba, y que constan en las constituciones de dicho hospital, fueron: provisor, capellán, mayordomo, médico, cirujano, boticario, barbero, escribano, portero, enfermera mayor, enfermera menor, madre de niños, cocinera, lavandera, enfermero, aguador y dispensero (ver Santo Tomás, 2002; pp. 433-434). De todos estos trabajadores vamos a detenernos en las actividades que desempeñaban la enfermera mayor y la enfermera menor.

Parece que la enfermera mayor debía ser una mujer abnegada, con paciencia, que mostrase amor al prójimo. Según Santo Tomás, su actuación quedaba regulada “*en veintisiete puntos*” descritos en las constituciones. Sabemos pues, que recibía junto con una enfermera menor a los enfermos que ingresaban en el hospital. Controlaba que el ambiente del enfermo estuviese preparado; la cama limpia y bien hecha, y la ropa también limpia. Digamos que era responsable de procurar y controlar los aspectos relacionados con el bienestar del enfermo ingresado. Asimismo, custodiaba las pertenencias que tenía el enfermo. También estaba encargada de notificar al boticario las órdenes de tratamiento que indicaba el médico. Por otra parte, controlaba la actividad de las enfermeras menores; estas últimas eran las encargadas de permanecer junto a los pacientes a lo largo del día y de la noche. Estaban planificadas, por así decirlo, en turnos de mañana, tarde y

noche. Igualmente, visitaba diariamente a los enfermos y además pasaba junto con el médico en la visita médica. Supervisaba la alimentación y todos los aspectos relacionados con la higiene tanto de los enfermos como de los enseres que estos utilizaban y de la higiene general en las instalaciones. Además, procuraba alivio a los enfermos moribundos. Asimismo, velaba por que no se transgrediesen las normas morales entre los empleados.

La lógica de las tareas de las enfermeras menores queda reflejada según Santo Tomás “*en doce artículos*” de las constituciones del hospital. Sabemos que además de trabajar en turnos, como más arriba indicábamos, eran las encargadas de la atención directa en las necesidades básicas de los enfermos. Así, les cambiaban las camas, les daban de comer y beber, así como cuando fallecían eran las encargadas de amortajarles. Su actuación era supervisada, como hemos señalado, por la enfermera mayor, quien ponía énfasis en que estas enfermeras menores tuviesen todo limpio y ordenado en la sala antes de la visita del médico. Además conocemos que cuando anochecía encendían las lámparas para que las salas estuviesen iluminadas y también dormían en las salas de los enfermos.

Como podemos observar los roles de estos dos tipos de enfermeras del Hospital de San Antolín de Palencia nos recuerdan a los roles actuales que desempeñan las enfermeras. Dicho de otra forma, encontramos un paralelismo sorprendente entre la figura de la enfermera mayor y la supervisora de enfermería de los hospitales actuales. De tal modo que la supervisora actual estructura el cuidado enfermero tanto en lo que se refiere a la gestión de personal (planifica la plantilla, cubre incidencias de la plantilla) como a la gestión de la unidad asistencial de los enfermos, procurándoles todo lo necesario para el bienestar personal y para la intervención terapéutica. Por otra parte, las enfermeras actuales, al igual que las enfermeras menores del Hospital de San Antolín, se encargan de proporcionar el cuidado directo sobre los pacientes y trabajan también en turnos de mañana, tarde y noche. Por consiguiente, entendemos que no existen grandes diferencias en los quehaceres profesionales, digámoslo así, entre las enfermeras antiguas y las enfermeras modernas, tal y como veremos en los próximos capítulos.

Dentro del colectivo femenino que en España proporcionó cuidados en los hospitales desde el siglo XIII al XV encontramos otras figuras diferentes a las

mencionadas en el Hospital de San Antolín de Palencia. En primer lugar, la *hospitalera* que administraba cuidados y era responsable de la buena marcha del hospital así como de la alimentación de los pacientes. En segundo lugar, la *sirvienta* que administraba cuidados antes y después del siglo XV. En tercer lugar, *la dona qui ha carrech deles maltates i dona qui ha carrech dels infants*, que ya en el siglo XV realizaba cuidados y además tenía a su cargo otras personas sirvientas (ver Domínguez, 1986). A partir del siglo XV se construyen numerosos hospitales, entre otros, como los de Santiago de Compostela, Toledo, Granada y Valencia. Pudieron construirse a partir de las donaciones de obispos, nobles, cofradías, municipios y reyes (ver Apéndice Iconográfico, figuras 3.20., 3.21.).

Dado que pretendemos saber a partir de qué condiciones de posibilidad se va constituyendo históricamente la identidad enfermera en nuestro país, conviene que consideremos más detenidamente lo que pasó durante el renacimiento. Digamos, en primer lugar, que los hospitales van a experimentar una importante remodelación, relacionada, sobre todo, con la participación de la nobleza, la burguesía urbana y la monarquía tanto en el proceso de fundación como de mantenimiento de los mismos. Durante el siglo XVI se van a fundar hospitales en las ciudades a partir de las donaciones de los nobles y de los ricos burgueses. Estos hospitales seguirán estando bajo la administración de religiosos y religiosas que se encargarán de las actividades asistenciales, burocráticas y de dirección. Durante el siglo XVI se va a llevar a cabo una reforma hospitalaria, que consistió básicamente en la creación de hospitales grandes que absorberían a centros más pequeños (ver Eseverri, 1984; Hernández Martín, 1996). De este modo, las instituciones que prestaban cuidados pertenecientes a cofradías, hermandades y hospitales reales fueron los que prestaron la asistencia sanitaria en el siglo XVI y XVII.

### **3.1.2. Conventos.**

Recordemos que el cuidado de enfermos, ancianos y desvalidos queda sustancialmente ligado durante la Antigüedad y la Edad Media a los monasterios, existiendo referencias a los mismos desde el siglo IV d.C. Especialmente a partir de la primera mitad del siglo VI, la medicina sacerdotal va a prevalecer sobre la medicina seglar. Visto el asunto desde su lógica social, la creación de los monasterios benedictinos se convierte en el modo más importante de cuidar a los

enfermos. Este aparente sometimiento de la medicina seglar al orden clerical, implica, no obstante, una cierta naturalización del cuidado. Laín Entralgo (2003) cita un fragmento de Casiodoro (un patricio que influyó decisivamente en la doctrina de San Benito de Nursia) que ilustra muy adecuadamente este proceso: “<<Aprended a conocer las virtudes de las plantas... Leed a Dioscórides, a Hipócrates, a Galeno, a Celio Aureliano>>, recomienda Casiodoro a los monjes de Occidente” (p. 183).

Sabemos que en el año 529 San Benito de Nursia fundaba en Montecassino un monasterio que fue el ejemplo a seguir durante algunos siglos. También elaboró la Regla Benedictina, que fue redactada para hacer frente a las necesidades de una nueva época. Todos los benedictinos trabajaban, incluido el abad. Parece que la vida del novicio durante su periodo de prueba no era fácil. Según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) “*bajo vigilancia constante, numerosas restricciones le prohibían los privilegios acordados a los que ya habían sido aceptados en la organización monástica*” (p. 71). Estas mismas autoras atribuyen a Casiodoro la introducción en los monasterios del arte de copiar manuscritos religiosos y de autores clásicos.

Los monasterios y posteriormente las Escuelas catedralicias fueron, como es sabido, los lugares donde el saber médico se cultivó en la alta Edad Media. Posteriormente “los estudios generales” y las universidades del siglo XIII tomaron el relevo.

En la península ibérica los monasterios se extendieron con facilidad (ver Nogales, 1996). La vida en comunidad en los monasterios españoles tenía como norma los mandatos evangélicos de pobreza, castidad, obediencia y renuncia a cualquier posesión. Los monasterios dobles abundaron durante la Reconquista. En ellos existía una comunidad masculina y otra femenina. Según Nogales (1996), las comunidades se encontraban,

*“totalmente separadas una de otra, aunque bajo un mismo edificio común y alguna dependencia compartida, como la iglesia, y dirigidos bajo una misma autoridad”* (p. 56).

Además de las labores de agricultura y otros oficios, en estos monasterios se proporcionaron cuidados y asilo a enfermos y necesitados. La asistencia a los

enfermos fue una tarea importante llevada a cabo en las enfermerías. Un monasterio estaba constituido por diversas edificaciones entre las que destacamos una iglesia, un almacén, un comedor o refectorio y una hilera de celdas o dormitorios para los monjes, dispuesto todo alrededor de un patio cuadrado. Más allá de este grupo de edificios había campos de trigo, talleres, graneros y también podía haber un hospital y un albergue para el forastero. Recordemos que la caridad cristiana comprometía a los monjes a no rechazar a ningún peregrino. En algunas ocasiones, también había en los monasterios una escuela para los niños de las personas que vivían junto a los muros del convento, dándose esta situación especialmente a partir del siglo IX.

Por supuesto, la agricultura tenía una gran importancia en la vida monástica, ya que no solamente proporcionaba alimentos sino que sus tierras podían ser arrendadas y de este modo se obtenían ingresos necesarios para el mantenimiento del monacato.

El monasterio cisterciense más importante fue, sin duda, el de Cluny, fundado en el siglo X, y cuya enfermería se convirtió posteriormente en uno de los hospitales más importantes de este período. Según (Nogales, 1996), en la Abadía de Cluny,

*“la sala para los enfermos, de gran altura, estaba dividida en tres partes y contaba con dos chimeneas. Las naves laterales tenían un piso alto, a modo de coro, a ambos lados de la nave central; su capacidad había aumentado y podía admitir de ochenta a cien camas. Las letrinas estaban situadas a lo largo de la cara posterior del edificio”* (p. 57).

En los conventos de monjas de los siglos XII, XIII y XIV, una religiosa elegida entre las más expertas, ayudada por varias hermanas legas, se encargaba de la enfermería, donde cuidaba a las monjas ancianas o enfermas. Muchos conventos, como el de Cluny, disponían asimismo de otra enfermería donde atendían a enfermos de distinto tipo. Y algunas hermanas legas dispensaban sus cuidados en los pueblos cercanos al convento. Por tanto, en las enfermerías de los conventos las religiosas dispensaban cuidados, administraban hierbas curativas, realizaban sangrías y atendían a pobres y enfermos (ver Apéndice Iconográfico 3.22., 3.23.). En el siglo X el monasterio de Cluny promoverá una nueva concepción de la vida religiosa, inspirada en la regla benedictina. Cluny se convertirá en la casa madre de

unas 1.500 abadías. El centro de la vida monástica era la gran iglesia, construida por los arquitectos Gavzon y Hézelon, una de las más grandes del mundo cristiano (171 metros de longitud), con cinco naves, dos transeptos y un gran ábside en la cabecera con deambulatorio, un gran nartex y ocho torres. A los pies del templo se hallaban los establos, un edificio en forma de L que tenía a continuación la fábrica de conservas y las letrinas. El claustro y la sala capitular eran los otros centros de la vida en el monasterio. Alrededor del claustro estaba el refectorio, los dormitorios, la cocina, el almacén y la panadería. Más alejados del conjunto monástico se encontraban el hospital y la hospedería. Durante la Revolución Francesa se destruyeron la mayoría de los edificios monásticos ya que para los ilustrados, Cluny suponía un símbolo del poder eclesiástico. Sólo se conserva en pie parte del brazo sur del transepto y dos de las torres, la del Agua Bendita y la del Reloj. Estas monjas y monjes enfermeros tenían gran responsabilidad en la salud de los pacientes. No debemos olvidar que los médicos en esta época tenían amplios conocimientos teóricos y se limitaban en su vertiente clínica a tomar el pulso, diagnosticar y recetar medicinas (ver Apéndice Iconográfico 3.24., 3.25., 3.26.).

Los hombres y mujeres que vivían en los conventos eran, en general, personas cultivadas. Así, a Casiodoro se le atribuye el mérito de haber introducido el arte de copiar manuscritos religiosos y clásicos entre los monjes. Esta labor llevada a cabo por monjes y monjas, de forma laboriosa, proporcionó algunos de los conocimientos científicos más importantes para la atención a los enfermos y podemos decir que de algún modo puso los fundamentos de las futuras universidades.

Las casas monásticas para las mujeres fueron también creciendo paulatinamente. Sus fundadoras fueron casi siempre damas de influencia, conocidas como abadesas o madres, según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966),

*“asumían con frecuencia el control de los llamados dobles monasterios, compuestos de hombres y mujeres. En Inglaterra, especialmente, este tipo era corriente, y se construía acaso una pared en el medio de la iglesia, para que la vista recíproca no distrajera a los individuos de sus devociones. Algunas veces separaban sus respectivas casas un cementerio” (p. 73).*

De las numerosas abadesas citaremos a Radegunda de Poitiers, quien siendo una reina bárbara se convirtió al cristianismo y dedicó su vida y sus propiedades a la creación de un convento. De los pobres y enfermos que se atendían en su convento parecía que sentía cierta predilección por los enfermos leprosos.

Las monjas y las abadesas en los primeros tiempos no estaban retiradas totalmente de las actividades mundanas (ver Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966). Parece que el ideal monástico de humildad y pobreza fue importante para determinar que estas primeras mujeres vistiesen unas prendas cuyas telas fuesen menos ostentosas. De ahí, la aparición del hábito conventual. En cuanto a la uniformidad, señalaremos dos aspectos como son el hábito y el velo. Los primeros hábitos, como muestra la iconografía de la época (ver figura 3.27. del apéndice iconográfico), reflejaban quizás la moda entre estas monjas aristocráticas. En relación al velo como complemento del vestido, nos parece interesante detenernos en su evolución. Sabemos que las mujeres se cubrían la cabeza para ser distinguidas como casadas y, durante el Imperio Romano, las mujeres, cuando estaban en público, cubrían sus cabezas con velos o gorras. Tal y como refieren Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) *“un velo rojo o un velo con franjas rojas para las recién casadas”* (p. 74). Por otra parte, según fuese el velo, que todas las mujeres llevaban, podía distinguirse su clase social. Así las reinas lo llevaban hasta el suelo y las plebeyas hasta la cintura. De esta forma, en el convento el velo, como parte del atuendo de las monjas, simboliza la humildad, la obediencia y el servicio. No debemos olvidar, que las enfermeras hasta finales del siglo XX llevaban su cabello cubierto por una cofia. Por tanto, podemos sugerir que el gorro o cofia de la enfermera moderna es una modificación del velo y así asociarse al ideal de servicio al cuidado de la humanidad.

### **3.1.3. Órdenes militares.**

Durante el siglo XI comienza un movimiento importante de peregrinos camino de Palestina. Las carreteras a través de Europa eran escasas en número y estaban llenas de ladrones. Un viaje a pie constituía una aventura arriesgada. Los pocos hospitales existentes estaban dispersos y eran insuficientes para atender a los peregrinos que o bien estaban enfermos o bien estaban débiles. La Iglesia y los señores feudales buscaron juntos una solución a este problema. La Iglesia fomentó

la construcción de hospitales y en las ciudades se recaudaron fondos comunes para sostenerlos. Los caballeros feudales contribuyeron a la tarea de aliviar la enfermedad y la pobreza tanto en Europa como en Palestina. De esta manera, un gran número de señores feudales intentaron crear órdenes destinadas a aliviar el sufrimiento y a combatir a los infieles. Así, en el año 1050, se crearon el Hospital de San Juan de Jerusalén y el Hospital de Santa María Magdalena, ambos en la ciudad de Jerusalén. El primero de ellos destinado a la atención de hombres y el otro para la asistencia a mujeres. Estas dos instituciones fueron financiadas por la caridad pública para atender las necesidades de los peregrinos. En un primer momento, fueron hospitales seculares y posteriormente formaron parte de un monasterio en que los monjes y las monjas, adheridos a la regla de San Agustín, proporcionaban los cuidados. Más adelante, en el siglo XII, los monjes del Hospital de San Juan de Jerusalén, comenzaron a salir del monasterio para ayudar en la batalla contra los musulmanes.

La invasión de Palestina por los turcos seleúcidas trajo como consecuencia la aparición de las Órdenes de los Cruzados. Estas órdenes militares tuvieron como características una rígida jerarquía, autonomía e inmensos recursos. Las principales Cruzadas fueron cuatro según Donahue, (1985):

*“la primera tiene lugar entre 1096 y 1099, cuando el Papa Urbano II anunció indulgencia plenaria para los pecados de los cruzados. Durante la segunda cruzada (1147-1149), San Bernardo declaró el movimiento cristiano como la indulgencia cristiana por excelencia. La tercera y cuarta cruzadas tuvieron lugar entre 1189 y 1204”* (p. 145).

Además de las actividades militares, desarrollaron tareas de cuidado a los caballeros heridos y enfermos, por lo que se edificaron hospitales en los lugares de asentamiento. En cuanto a su organización sus miembros se dividieron en caballeros, sacerdotes y hermanos sirvientes. Estos últimos eran los que cuidaban tanto a los caballeros heridos como a los peregrinos que viajaban a los santos lugares. Los miembros de estas órdenes militares pronunciaban votos de pobreza, castidad y obediencia, además de servir a la guerra santa. Como podemos observar, es un tipo de organización que replica la división social del medievo, que agrupaba a los *bellatores* para la guerra, los *oratores* para la oración y los *laboratores* para el



trabajo. La obediencia era absoluta, podríamos decir que se necesitaba ser sumiso. En cuanto a la pobreza, lo era sólo a nivel personal, lo que no impidió a las distintas órdenes acumular riquezas y propiedades y ostentar un fuerte poder. Los caballeros religiosos ostentaban los mismos grados que en los ejércitos de la época. Describiremos someramente las más relevantes para nuestros fines y a continuación, en la Tabla 1, las restantes órdenes.

**La Orden de los Hospitalarios de San Juan de Jerusalén** fue creada con anterioridad a la primera cruzada en el año 1048. Según Donahue (1985), *“tienen su origen en un hospicio fundado, por una mercaderes de Amalfi”* (p. 147). Según Costa y Turell (1858), citado por Nogales (1996), *“fue por el año 1104 cuando se funda la Orden de los Hospitalarios que se sometió a los votos de pobreza, castidad y obediencia, más un cuarto voto por el que se obligaban a recibir, jurar y defender a los peregrinos”* (p. 183). Sin embargo, Donahue (1985) indica que la orden es laica *“Hasta el año 1099, cuando Godofredo fue coronado rey de Palestina, la Orden había sido secular y estaba dirigida por Pedro Gerardo...”* (p. 152). Achterberg (1990) sostiene que *“la Orden de los Caballeros del Hospital de San Juan de Jerusalén (Hospitalarios) fue fundada en 1099”* (p. 51). En cualquier caso, esta orden fue conocida como los Caballeros de Malta. Esta orden conoció el nacimiento de una rama femenina que servía en el Hospital de Santa Magdalena y que, en un principio, gozaban de las mismas condiciones que los hombres, aunque más tarde, al acogerse a la regla de San Agustín quedó subordinada a la orden masculina ver Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966); Donahue (1985) y Achterberg (1990) (ver Apéndice Iconográfico figura 3.28.).

**La Orden de los Teutónicos** fue creada durante la tercera cruzada en 1190. Estuvo formada exclusivamente por alemanes, quienes además de los votos religiosos tenían un cuarto consistente en el cuidado de los enfermos.

Algunos trabajos sitúan a los **Caballeros de San Lázaro** como la orden hospitalaria más antigua (ver Donahue, 1985; Nogales, 1996). Sabemos que en el hospital fundado por San Benito en Cesarea tenía una casa separada para los enfermos de lepra. También sabemos que dicha orden cuidó a los leprosos en lazaretos. Algunos enfermos (supuestamente leprosos) padecían otras enfermedades dermatológicas que en esos tiempos eran confundidas con la lepra.

Algunos cuidadores se contagiaron al estar en contacto con los enfermos y Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) refieren que *“las instituciones conocidas como lazaretos se hicieron muy comunes. Muchos de sus empleados eran leprosos”* (p. 87). En el siglo XIII los Caballeros de San Lázaro tenían dos categorías entre sus miembros, los que luchaban en las contiendas, es decir, los caballeros armados o guerreros y los hospitalarios que cuidaban a los heridos y enfermos.

Otras órdenes creadas durante la Edad Media son las órdenes de los Caballeros del Santo Sepulcro o los Caballeros Templarios. Entre las órdenes de origen español cabe mencionar las de Calatrava, Santiago, Alcántara, San Jorge de Alfama y Montesa. Dado que las características generales de todas ellas, en cuanto a estructura y funciones, son similares a las señaladas anteriormente, prescindiremos de un análisis detallado de las mismas.

Poco más de lo mencionado hasta ahora conocemos en relación con los cuidados “enfermeros”, lo cual dificulta la investigación sobre el cuidado proporcionado a enfermos y caballeros heridos. Estamos de acuerdo con la afirmación de Hernández Conesa (1995), según la cual *“esta organización hospitalaria influyó posteriormente, de forma decisiva, en sus países de origen y se vio influida, en gran medida, por el modelo de servicios sanitarios que ellos crearon”* (p. 97).

Revisadas las instituciones implicadas en el desarrollo de las culturas del cuidado en esta época, veamos ahora cómo la influencia de otros factores sociales, tales como el incremento demográfico, la lepra o el aumento de la orfandad, van a llevar a una nueva situación en el seno de la iglesia y en la visión de los cuidados.

En la Europa del siglo X y XI el incremento demográfico condujo a un aumento de las necesidades alimentarias, ya que el traslado de la población rural a las zonas urbanas propició un déficit alimentario en la población de las incipientes ciudades. Paulatinamente el poder se va trasladando de los señores feudales hacia los grupos burgueses. Así, el siglo XIII empezó con agitaciones de cambio: las Cruzadas duraban ya un siglo, lo que trajo como consecuencia el deterioro progresivo de las entidades protectoras formadas para la defensa contra la barbarie. Con la dispersión de la población y la liberación de esclavos y de siervos, un gran

número de personas, por así decirlo, desorientadas se encontraron sin protección. La cesión de poder del monasterio y la propiedad feudal a los reyes parece exigir nuevas formas de entender la jerarquía religiosa y el gobierno civil. Antes de las Cruzadas los monasterios habían desembocado en una cierta decadencia. Los monjes abandonaron el trabajo manual por otros quehaceres y los abades se convirtieron en políticos que disfrutaban los privilegios de los grandes señores y rivalizaban, en cuanto a la pompa y el lujo de su modo de vida, con los reyes. La población se volvió gradualmente contra una institución que parecía dedicarse más bien a fines privados que a la asistencia caritativa.

Otro problema medieval fue la lepra. Durante los siglos en que la población de Occidente había estado congregada en grupos compactos, separados unos de otros por distancias considerables, la enfermedad había estado controlada. Pero a partir de los movimientos de la población por efecto de las Cruzadas y la actividad mercantil subsiguiente comenzaron las epidemias.

Otra situación conflictiva y grave fue la atención a los niños, tanto los huérfanos o abandonados, como los que eran víctimas de las deficitarias condiciones sanitarias de la época. Pensemos, por ejemplo, que los niños son más frágiles desde el punto de vista biológico y, por lo tanto, más proclives al contagio de enfermedades infecciosas o a la malnutrición. Por lo demás, el número elevado de muertos adultos a causa de la guerra o enfermedades dejaba a multitudes de niños sin hogar. Todos estos factores constituyen un nuevo problema sanitario y un ámbito para la emergencia de nuevas formas de cuidado.

Estos factores, que acabamos de citar, influyen en la Iglesia, que comienza un proceso de regeneración orientado por la idea de pobreza y austeridad, que puede ser interpretado como una vuelta al paradigma de las primeras comunidades cristianas. De este modo, tanto grupos de laicos como algunos religiosos, como San Francisco de Asís, se organizan alrededor de esta nueva concepción renovada de la religiosidad, surgiendo así las órdenes mendicantes. Recordemos brevemente las posibles aportaciones de estas órdenes al desarrollo de las prácticas de cuidado.

### **3.1.4. Órdenes Mendicantes.**

**La Orden Franciscana** propone practicar la predicación y la fraternidad, ayudando a los pobres, especialmente a los enfermos, y, entre ellos, muy especialmente a los leprosos. Los cuidaban reuniéndolos en viviendas aisladas y prodigándoles las mejores atenciones posibles según sus necesidades. La lepra, conocida desde antiguo, era una de las enfermedades más temidas y que mayor ostracismo generaba entre los que la sufrían. Ya en el *Levítico* se hace referencia a ella, describiendo su evolución y los remedios para combatirla (Levítico XIII-XIV). La Orden Franciscana creció extraordinariamente y, según Nogales (1996), “*a finales del siglo XIII había treinta mil hermanos repartidos por toda Europa entre más de dos mil conventos*” (p. 91).

**La Segunda Orden de Hermanas Menores** redactó, a partir del ideal franciscano, una regla que fue aprobada por el Papa en 1253. Las también conocidas como Clarisas o Damas Pobres residían en hospicios y asilos llevando a cabo las mismas actividades que los varones de la orden franciscana.

**La Orden de los Dominicos** fue fundada por el español Domingo de Guzmán (1170-1221), hombre de familia noble que renunció, en principio, a la vida monástica. Cuidó y sirvió a los pobres y ricos que necesitaban auxilio espiritual mediante el contacto directo. Trató de reincorporar en el seno de la iglesia a aquellos que se habían alejado y también a convertir a los no creyentes. Muchos hombres y mujeres le siguieron y fueron enviados al extranjero como misioneros. La orden era estricta en cuanto a la pobreza tanto en el ámbito individual como colectivo (ver figura 3.29. del Apéndice Iconográfico).

**Las Órdenes Terciarias de San Francisco y Santo Domingo** fueron fundadas para personas laicas, tanto mujeres como hombres, que no querían renunciar a su vida habitual. Algunas comunidades llevaban prácticamente la misma vida que los religiosos, excepto la clausura.

### **3.1.5. Las Beguinas.**

Ahora bien, en el siglo XII podemos hablar, por vez primera, de un movimiento de mujeres, un movimiento social que surge espontáneamente en diferentes lugares,

ofreciendo a las mujeres una vía de realización alternativa al matrimonio o el convento: las Beguinas. Se trataba de comunidades de mujeres en que éstas compartían casa, comida, vida y trabajo, sin depender de ninguna autoridad masculina. Sus líderes más representativas eran mujeres de profunda religiosidad. Las Beguinas se convirtieron en un factor muy importante para el desarrollo de las prácticas de cuidado a pobres y enfermos y también para la enseñanza de los hoy conocidos como “cuidados enfermeros”, debido al sistema de organizativo de que se dotaron. Su fundadora fue María de Oignes, en la diócesis de Lieja, y pronto esta comunidad de mujeres, conocida como *beguinage*, se fue extendiendo por Flandes, Francia y sur de Alemania. Según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) “*para fines del siglo XIII había doscientas mil de estas trabajadoras legas cuyos establecimientos se extendían a través de ciudades grandes y pequeñas...*” (p. 95). Como señalan García y Calvo (1992),

*“Estas mujeres... hicieron del Cuidado a pobres y enfermos su labor principal.... Se organizaban en celdas cerca de un hospital, abadía o leprosería. Tomaban el voto de castidad, pero no de forma solemne, por lo que conservaban sus derechos sobre la propiedad privada, trabajaban para mantenerse, y podían contraer matrimonio cuando lo decidiesen”* (p. 91).

Y como refieren, además de lo anterior, Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) “*... pero ninguna mujer casada vivía en la comunidad*” (p. 94). Como sabemos, la Iglesia trató de controlar cualquier forma de devoción laica. De este modo las beguinas fueron consideradas sospechosas de herejía al alejarse de la curia romana. Su independencia, al renunciar a la formulación normas explícitas, y a someterse al control del clero parroquial, hizo que el Papa Clemente V, en el Concilio de Viena de 1311, las condenase a pena de excomunión, “*excepto a aquellas Beguinas que vivieran juntas en sus hospicios y se dedicaran a la penitencia.*” (Wade, 1988; p. 154). Esta misma autora indica que

*“Las Beguinas ortodoxas estaban firmemente atrincheradas en sus comunidades urbanas. Se mantenían haciendo servicios útiles como enseñar a cuidar enfermos, aunque a veces la Iglesia utilizaba esto último como arma contra ellas, pues se consideraba que fomentaba la seducción”* (p. 155).

Podemos afirmar que este grupo de mujeres legas constituyen uno de los antecedentes más claros de las enfermeras actuales.

Por otro lado, siguieron proliferando órdenes religiosas que funcionaron en muchos casos como auténticos motores del cuidado. En la tabla 1 recogemos algunos datos sobre las órdenes religiosas más implicadas en el desarrollo de las prácticas de cuidado entre mediados del siglo XVI y finales del XVIII.

Tabla 3.1: Órdenes religiosas.

ORDEN O CONGREGACIÓN	AÑO DE FUNDACIÓN O ESTABLECIMIENTO EN ESPAÑA	ACTIVIDADES QUE REALIZABAN
Caballeros del Santo Sepulcro	1114	Cuidado de los peregrinos
Hospitalarios de San Antonio	XII	Proporcionar hospitalidad
Orden de San Jaime	1157	Asistencia en los hospicios
Orden del Císter	XII	Asistencia a peregrinos, pobres y enfermos
Orden de Caballería	XIII	
Orden de la Merced	XIII	Redimir a los cautivos
Religiosas de San Jerónimo	XV	Asistencia a enfermos leprosos
Cofradía de la Santa Cruz	1568 (Pío V confirma privilegios, y en 1576 se aprueban las constituciones.	Asistencia a los enfermos en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.
Compañía de Jesús	1577 (fundan la Congregación Mariana).	Asistencia y consuelo a los enfermos.
Hijos de la Congregación del Venerable Bernardino Obregón	Entre 1560 y 1599	Asistencia a los enfermos.
Capuchinos	1578	En el año 1651 asistencia a las almas de los enfermos en el Hospital General de la Santa Cruz en Barcelona
Clérigos regulares menores, padres camilos		Administrar sacramentos, visitar, consolar, servir y ayudar a los enfermos.

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986).

Tabla 3.1: (continuación) Órdenes religiosas.

ORDEN O CONGREGACIÓN	AÑO DE FUNDACIÓN O ESTABLECIMIENTO EN ESPAÑA	ACTIVIDADES QUE REALIZABAN
Congregación de la Natividad de Nuestra Señora.	1599 (antes, Congregación de la Anunciación de Nuestra Señora).	Cuidado de los enfermos.
Terciarios de Nuestra Señora de los Dolores.	Con casa en Cataluña desde principios del siglo XVI	Servir a los enfermos y rezar con ellos
Hermanos y hermanas de Jesús Nazareno.	1673	Servicio de los pobres en los hospitales.
Sacerdotes de la Misión o Casa de la Misión de San Vicente de Paúl.	1703	Los varones visitan y consuelan a los enfermos. Las mujeres cuidan enfermos y expósitos.
Hermanos Hospitalarios de la Caridad, de la Santa Cruz.	1784.	Servicio de los enfermos en Cataluña.
Hermanos de la Caridad San Vicente de Paúl	1790. En 1617 fue aprobada la cofradía en Francia por el arzobispo de Lyon. En 1633, San Vicente de Paúl y Santa Luisa de Marillac fundaron las Hijas de la Caridad, orden autorizada por Luis XIV (1657) y confirmada por Clemente IX (1660).	Servicio de los enfermos, cuidados de niños expósitos.
Hermanas Hospitalarias de la Santa Cruz.	1792. Fundada por Teresa Cortés Hija de la Caridad	Servicio de los enfermos en diversas regiones de España

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986).



### 3.1.6. Otras órdenes religiosas.

Destacaremos entre ellas a los **Hermanos de San Juan de Dios**, las Hermanas de la Caridad y los Hermanos Obregones, por su contribución al desarrollo de la enfermería en España.

Así, los Hermanos de San Juan de Dios fundaron en el siglo XVI los hospitales de Granada (1539), Sevilla (1543), Madrid (1557), Gibraltar (1577), Córdoba (1570), Valladolid (1591) y Toledo (1596). Su fundador, Juan de Dios, emprende en 1539 una reforma ante la defectuosa asistencia a los necesitados (ver Ventosa, 2000a):

*“se centró en la atención directa a los enfermos y fue logrando mejoras... que los enfermos tuvieran cama individual y sábanas limpias, que fueran clasificados por las salas del hospital según las enfermedades y los niños estuvieran separados de los infecciosos, que las comidas, las medicinas y las visitas médicas se distribuyeran con orden a lo largo del día y que la asistencia se asegurase también durante la noche” (p. 55).*

Además de pobres y enfermos, recogían a los más marginados: los locos (sobre la expansión de esta orden ver Hernández Martín, 1996) (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.30.).

**La Orden de las Hermanas de la Caridad** fue fundada por San Vicente de Paúl. Nace como orden seglar en 1633, y en su origen fueron conocidas como Hijas de la Caridad. Cuando Luisa de Marillac, la hermana que estaba al frente, realiza sus votos, se constituyen como orden religiosa femenina. Recordemos que en esta época, tras la Reforma, las monjas se dedicaban a la clausura. En este caso, sin embargo, la orden femenina nació para dedicarse de lleno al cuidado de los enfermos y necesitados. Otro hecho relevante, en nuestra opinión, es la selección y formación llevada a cabo entre las futuras hermanas ver (Donahue, 1985; Hernández Conesa, 1995; Santo Tomás, 2000; Nelson y Gordon, 2004). Veámoslo con algo más de detenimiento.

La selección se llevaba a cabo según la actividad que debían realizar, y sólo después de esta selección se pasaba al proceso de formación. Estaban a prueba

durante dos meses en la actividad asistencial y el programa completo duraba cinco años.

El trabajo asistencial lo realizaban en hospitales, asilos, hospicios o casas de maternidad, pero también asistían en los domicilios. Digamos que la labor asistencial se daba en el ámbito de lo que hoy conocemos como asistencia completa, tanto a nivel hospitalario como en la comunidad. Se las distinguía de otras órdenes religiosas por el tocado de la cabeza. Según Santo Tomás (2000) “*la cofia, típica de las enfermeras, no era sino una reminiscencia de ese tocado*” (p. 37) (ver Apéndice Iconográfico figura 3.31.).

Hay dos cuestiones que merece la pena comentar algo más extensamente: la selección-formación y la uniformidad. en España, y como parte del proceso de formación de las futuras enfermeras, en algunas escuelas (como la de Valdecilla, Cruz Roja) también se distinguía entre una fase de selección y una fase de prueba en el hospital, una dinámica que recuerda en cierto modo a la dinámica que acabamos de ver en el caso de las beguinas. En segundo lugar, el delantal, cofia, cuellos almidonados y manguitos formaron parte del uniforme de las estudiantes españolas hasta finales de los años 70 del siglo pasado. Volveremos sobre estas cuestiones más adelante. Huelga señalar a estas alturas la importancia de estos elementos en la constitución histórica de la identidad enfermera y de la representación social compartida sobre la enfermería.

Por su parte, **la Orden de los Hermanos Obregones** fue fundada a finales del siglo XVI por Bernardino de Obregón. Siguiendo a Siles (1999), “*el proceso de esta orden llevó al principio una evolución paralela a la de los Hermanos de San Juan de Dios*” (p. 188). A su fundador se le pidió hacerse cargo del Hospital General de Madrid. La difusión de esta orden fue enorme, tal vez en parte a partir de la publicación de un manual para enfermeros bajo el título *Instrucción de Enfermeros* que data de 1623 en su primera edición. Para valorar la importancia de este texto, conviene tener en cuenta que, según señala Domínguez Alcón (1986), en un siglo “*se reeditó en cuatro ocasiones*”. Según esta misma autora, existen “*otros manuales para enfermeros publicados fuera de España, en otros países, y no traducidos, aunque son todos ellos posteriores a la primera edición de la Instrucción de Enfermeros, de 1623...*” (p. 57). Sin embargo, Hernández Martín (1996; p. 144)

señala que la primera edición de la obra sale a la luz en 1617 y atribuye su autoría a Andrés Fernández, un enfermero obregón. Nosotros mismos hemos verificado recientemente la publicación en Madrid en 1617 de esta obra. También otra impresa en 1625 (ver Apéndice Iconográfico figuras 3.32., 3.33., 3.34.).

### **3.1.7. Otros ámbitos informales para el cuidado: la familia.**

En el hogar las mujeres cuidaban a los enfermos de sus familias, por tanto, una buena parte de las prácticas de cuidado de los enfermos se eran dispensadas por las mujeres dentro del propio ámbito doméstico. Y también eran mujeres quienes atendían a otras mujeres en el momento del parto y en el puerperio, así como a los problemas asociados al crecimiento y desarrollo de los lactantes y niños, sin olvidar la atención, en cualquier edad, a los moribundos. De esta forma, las mujeres de cualquier clase social, bien en el ámbito rural o en los burgos y posteriormente en las ciudades fueron las cuidadoras y trasmisoras de los remedios empíricos transmitidos oralmente de generación en generación, si bien, en algunos casos, como sabemos, hubo mujeres que por sus habilidades, digamos especiales, ayudaron, cuidaron, curaron fuera de sus hogares a quienes lo precisaron. Estas mujeres fueron perseguidas, tanto por instituciones eclesiásticas como la Inquisición, como por los Tribunales del Protomedicato, pero eso lo veremos en los próximos apartados.

A pesar de la independencia y posición que algunas mujeres patricias romanas alcanzaron y de la influencia que ejercieron un número pequeño de abadesas, la situación de la mujer fue, en términos generales, precaria. Las mujeres en el medievo, en general, se fueron volviendo más dependientes de los varones. La mujer tenía muy pocas posibilidades de tomar decisiones sobre su vida, independientemente de su clase social. El trabajo arduo constituía su suerte. De tal modo que, o bien se hacía religiosa e ingresaba en un convento, o bien hacía del matrimonio su único horizonte. Las mujeres tenían hijos, prácticamente durante toda la etapa fértil, año tras año. Morían las más de las veces, de forma prematura, a consecuencia de un parto, bien porque este fuese distócico, bien por una infección puerperal. Las condiciones de vida, en general, eran muy duras. La tasa de mortalidad infantil era muy alta, entre otros factores debido a la falta de higiene y saneamiento en el hogar.

Esta falta generalizada de higiene junto con los viajes y la guerra trajeron como consecuencia el aumento de enfermedades y su contagio. Además, con los cambios industriales, las familias se aglomeraron en las ciudades y se produjo un incremento de la desnutrición. Este último problema se derivó tanto del crecimiento urbano como del abandono del campo y, por consiguiente, de la escasez de aquellos alimentos que dejaron de cosecharse. Todo este conjunto de factores favoreció la aparición de epidemias. Así, la viruela, la peste bubónica, tifus, tuberculosis pulmonar, ántrax o lepra eran bien conocidas por las gentes de esta época. Como sabemos, la lepra era confundida con otras enfermedades cutáneas como la soriasis o la sarna.

Las fuentes escritas proporcionan información sobre la asistencia recibida en el hogar por los enfermos. Así, en algunos Sínodos Episcopales se establecen disposiciones sobre la forma de asistir a los enfermos en los momentos finales de su vida; veamos como ejemplo el Sínodo de Cristóbal de Rojas y Sandoval de fecha 4 de mayo de 1553 y que parece tener, según Santo Tomás (2002), una particular importancia, en la medida en que proyecta en España las medidas derivadas de la reforma tridentina. En el *Líber Tertius, XII* se hace ver que:

*Que no se diga missa en casa privada, si no fuere de enfermo, prelado o persona de título y en tal caso sea en lugar decente... que ningún presbytero celebre ni diga missa en casa de privado, sin tener para ello suficiente licencia, y, aviendola sea en lugar decente do aya capilla o lugar comodo donde no aya, si no fuere de enfermo que no se pueda levantar della...”* (p. 409).

### **3.1.8. Cofradías, gremios.**

Recordemos que los cuidados prodigados por los enfermeros religiosos en los conventos estaban bajo el control de la Iglesia. Sin embargo, los realizados por las beguinas y parteras no (como estudiaremos más adelante). Es necesario un estudio más profundo, sobre las cofradías, gremios y hermandades desde la perspectiva del cuidado enfermero, a partir de la información recogida en estatutos y reglamentos.

Desde el ámbito de la enfermería no hay unanimidad sobre los motivos que impidieron que los roles sociales implicados en los cuidados de enfermería llegaran

a constituirse como gremio, mientras que sí lo consiguieron, por ejemplo, los barberos. Para algunos autores como Hernández Conesa (1995),

*“los Cuidados de Enfermería desde su perspectiva caritativa, no podían continuar la dinámica hacia la constitución de gremio, por poseer una dimensión exclusivamente espiritual, sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios”* (p. 108).

En la misma línea argumental Nogales (1996) pone de manifiesto que,

*“... ello exigía una infraestructura considerable y una base cultural y reconocimiento social, necesarios para redactar unas constituciones y recibir la aprobación gubernamental... En el ámbito hospitalario, el papel fundamental en reconocimiento y cultura pertenecía al cuerpo médico. Y, por otra parte, el cuerpo de Enfermería tampoco dio valor profesional a su propia actividad, al menos en el sentido de exigir progresivamente mayores niveles de adiestramiento y perfección en el trabajo”* (p. 77).

Pero, ¿por qué nos parece importante esta cuestión de los gremios?, ¿qué hubiera pasado si los cuidados de enfermería se hubieran sometido a un proceso de gremialización? Revisemos sucintamente algunas ideas sobre los gremios.

En primer lugar, conviene recordar que el origen de los gremios parece estar en una vinculación, en principio, de orden religioso (Martín, 1984; citado por Hernández Conesa, 1996, p. 129). A saber,

*“La pertenencia a un mismo oficio crea entre los artesanos una comunidad de intereses y de problemas que se refleja en la aparición de asociaciones de tipo religioso y caritativo, de cofradías puestas bajo la advocación de un patrono al que se rinde culto; la solidaridad entre los cofrades se manifiesta en la creación de un sistema de ayuda mutua”* (pp. 313-314).

Esto indica que se incluye el auxilio de los cofrades ante la enfermedad, lo que favorece que los cuidados se lleven a cabo fuera del contexto religioso y puedan organizarse a través de asociaciones laicas.

Poco a poco estas organizaciones se convierten en gremios. Siguiendo a Donahue (1985),

*“el aprendiz era quien permanecía bajo la dirección del maestro entre tres y diez años, el artesano era quien realizaba el trabajo para el maestro artesano, el cual debía realizar un examen y ser económicamente solvente para poder acceder a este estatus”* (p. 143).

Esta era la forma de controlar el número de maestros artesanos y la enseñanza de un oficio. Siguiendo a Ventosa (1984), *“los gremios se convierten en espacios de aprendizaje de un oficio...”* (p. 35), como ocurrió *“con los gremios de Barberos, Boticarios, Especieros, Herbolarios y Sangradores”* (p. 40).

### **3.1.9. Textos.**

En este apartado pretendemos enumerar algunos textos particulares que, en nuestra opinión, han influido especialmente en la forma de entender y llevar a cabo las prácticas del cuidado.

En la Biblia, tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento y, como hemos señalado en este capítulo, podemos observar cómo en los primeros momentos de la iglesia primitiva y posteriormente a lo largo de todo el medievo, las prácticas de cuidado son llevadas a cabo a partir de la nueva filosofía que se recoge en la Sagrada Biblia. La Biblia recoge los diálogos de Dios con la humanidad. Es el gran libro, el libro por antonomasia, podríamos decir. Para los cristianos es Palabra de Dios. En los pasajes bíblicos se proclama el gran acontecimiento de un Dios creador y redentor que ofrece a los hombres la salvación definitiva. Siguiendo el ejemplo de Jesucristo los cristianos como seguidores deben realizar el mismo camino. De este modo, las prácticas cuidadoras se impregnan de amor al prójimo y renuncia a los bienes terrenales. La enfermedad, que fue considerada como un castigo divino en la antigüedad, se transforma, en un acto de fe, en una forma de reivindicar el poder milagroso de Jesucristo; concretamente, y como ejemplo, nos referimos a la curación de los enfermos leprosos que aparece en el *Nuevo Testamento* (Mateo VIII, 1-4; Marcos I, 40-45; Lucas, V, 14-16). Y es desde la fe y el amor al prójimo desde donde se constituye la asistencia a los enfermos y

menesterosos. Este texto recoge la una antropología, de manera que ante el Señor todos los seres humanos se igualan.

En cuanto al conocimiento sobre la salud, los textos escritos por Trótula en el siglo XI, según Green (2001), “entre los siglos XII y XV se difundieron por toda Europa occidental y fueron las obras especializadas en medicina de las mujeres, más conocidas en ese período” (pp. 35-36).

El saber anatómico se va a desarrollar, desde finales del siglo XIII, a partir de la disección de cadáveres humanos en la universidad de Bolonia, destacando Mondino de Luzzi, cuya obra *Anatomia* fue concluida en 1316.

Los tratados de Anatomía posteriores van a ir recogiendo los frutos del estudio con cadáveres; entre otros cabe destacar: *De Humanis Corporis Fabrica* (1543), y el *Epitome* (1543), del italiano Vesalio, o el *Isagoge Brevis* (1522), de Berengario; y ya en el siglo XVI *De L'Anatomie*, del cirujano Ambroise Paré.

Teniendo presente nuestros fines, en la siguiente tabla recogemos los manuales para enfermeros y parteras editados en España.

Tabla 3.2. Primeros manuales para enfermeros y parteras editados en España.

AUTOR	AÑO	TÍTULO DE LA OBRA	LÍNEA BÁSICA DEL CONTENIDO	DIRIGIDO A
Damián Carbón	1541	<i>Libro del arte de las comadres (o madrinas) y del regimiento de preñadas y paridas y de los niños</i>	En palabras de su autor, <<y por ello movido de caridad: en esta obrezica les mostraré su arte, y las reglas y formas que tienen de tener para ser suficientes: y en buena conciencia puedan tal arte usar y aconsejar para la salud de las preñadas, paridas y criaturas>>.	Comadres o comadronas
Oliva de Nantes Sabuco Barrera	1587	<i>Nueva filosofía, medicina y vera filosofía</i>	En palabras de la propia autora en la dedicatoria de la obra: <<trata del conocimiento de sí mismo, y da doctrina para conocerse y entenderse el hombre a sí mismo y a su naturaleza, y para saber las causas naturales por qué vive, por qué muere o enferma>>	Para dar luz de la verdad al mundo
Melchor Gallego	1588	<i>Tractatus de Parochorum Obligatione tempore pestis</i>	En dos tratados el autor, que era <i>hospitalero</i> de la catedral de Pamplona, da indicaciones a cumplir por las parroquias en tiempo de peste y conocimiento espiritual.	Evitar el contagio de la peste
Juan Alonso Ruizes de Fonteché	1606			
Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón (Hospital General de Madrid)	1617 (1ª ed.) 1625 (2ª ed.)	<i>Diez privilegios para mujeres preñadas</i>	Explica el porqué de los diez privilegios y en qué consiste cada uno de ellos; en el octavo indica específicamente que la <i>preñada</i> puede elegir una o otra <i>comadre</i> para el buen suceso (sic) del parto y menciona las condiciones que ésta debe reunir y cómo debe actuar. En el <i>noveno</i> privilegio habla de las <i>amas de cría</i> y condiciones que deben reunir.	Mujeres embarazadas y comadres.
Simón López	1651 (manuscrito concluido, al parecer no llegó a publicarse por falta de aprobación, sufrió varias censuras)	<i>Instrucciones de enfermeros</i>	El manual incluye indicaciones sobre cuidados básicos, diversas técnicas, modo de aplicar remedios, así como la forma de hacer ciertos remedios.	Enfermeros.
Francisco Núñez	1693	<i>Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo</i>  <i>Libro del parto humano</i> , incluido en J. Ayala, <i>Principios de cirugía</i>	En ocho tratados explica cómo aplicar las medicinas que ordenan los médicos con el mejor arte y método, según el mismo autor indica en la portada del manuscrito .  <<Se contienen remedios muy útiles y usuales para el parto dificultoso de las mujeres con otros muchos secretos a ello pertenecientes, y a las enfermedades de los niños>>, según indica el propio autor al principio de la obra.	Enfermeros.  Comadronas.
Diego Bercebal	1734	<i>Recetario Medicinal</i>	Dedica las primeras páginas a los enfermos y unas recomendaciones a los enfermeros. En tres apartados (avisos) especifica diversas indicaciones de tipo general pertinentes al Oficio de Enfermero. Influye las aprobaciones de un Catedrático y un Maestro. Sigue con detalle del recetario, al que dedica 10 capítulos, en los que incluye diferentes remedios y sus aplicaciones	Enfermos y enfermeros para facilitar la adquisición de conocimientos

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986).



Tabla 3.2. (Continuación) Primeros manuales para enfermeros y parteras editados en España.

AUTOR	AÑO	TÍTULO DE LA OBRA	LÍNEA BÁSICA DEL CONTENIDO	DIRIGIDO A
Antonio Medina	1750	<i>Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear</i>	El objeto que declara el autor en la introducción es <<instruir una comadre para los lances del parto>>.	<b>Comadres</b>
Babil de Gárate y Casabona	1756	<i>Libro nuevo, cuyo título: Nuevo y natural modo de auxiliar a las mujeres en los lances peligrosos de los partos, sin operación de manos ni instrumentos</i>	Según se dice en el prólogo, <<carece nuestra lengua de un buen tratado de partos, y justamente de que conduciría para mayor aprovechamiento dar a las comadres algo más que el seco y puro modo de operar, he procurado trabajar este compendio, de tal manera que comprendiese casi todo lo más indispensable .	<i>Comadres.</i>
	1765	<i>Compendio en el arte de partear, o breve instrucción para las mujeres que quisieran ejercer el Arte de Comadre de Partos y Parteras</i>	Explica las enfermedades que pueden producir contagio y los medios para <<descontagiar>> (sic)	<i>Comadres de partos y parteras.</i>
Antonio Pérez de Escobar	1766	<i>Avisos médicos populares y domésticos. Historia de todos los contagios: Preservación y medios de limpiar las casas, ropas y muebles sospechosos.</i>	Proporciona información sobre cuidados básicos, toma de constantes, administración de terapéuticas, modo de confeccionar algunas de ellas, dietética, prevención de algunos contagios.	Médicos, cirujanos, ayuntamientos.
M. Carrere, traducido pro el Dr. Francisco Salvá	1786	<i>Manual para el servicio de los enfermos, o resumen de los conocimientos necesarios a las personas encargadas de ellos, y de las paridas, recién nacidos.</i>		<i>Enfermeros.</i>

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986).

Especial mención merece la obra *Nueva filosofía, medicina y vera filosofía*, de Oliva de Sabuco Barrera, un tratado sobre la naturaleza del ser humano, una discusión filosófica sobre las funciones del cuerpo humano y el efecto del miedo, el dolor y otros estados mentales sobre las personas, los animales y las plantas. Se imprimió dos veces en España en 1587 y 1588, pero cayó bajo las garras de la Inquisición, que ordenó destruir todas las copias, aunque dos se salvaron, pudiendo imprimirse nuevamente en el siglo XVII. Gran parte de sus teorías psicológicas resultaban muy avanzadas para su época (ver Domínguez, 1986; Balltandre, 2006) (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.35., 3.36., 3.37.). También merece ser resaltado el texto *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de preñadas y paridas y de los niños*, de Damián Carbón, un libro que contiene las indicaciones para la atención necesaria en el parto y cuidado del recién nacido (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.38.). Otro libro importante para el cuidado de los enfermos es el escrito por el enfermero mayor Diego de Bercebal titulado *Recetario Medicinal* (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.39.).

### **3.1.10 Protomedicatos, protobarberatos.**

A partir del siglo XV en diversos países europeos comenzará a regularse la actividad profesional vinculada con el cuidado. Según Towler y Bramall (1997), “*en 1452 se estableció en Ratisbona, Baviera, el que se considera el primer sistema municipal para el control de la atención al parto*” (pp. 62-63).

En general, diversos trabajos ponen de manifiesto que los colegios médicos iniciaron por Europa una campaña con la finalidad de controlar el ejercicio de todas las actividades cuidadoras y curativas. Así, tanto Padua, como París u Oxford son exponentes de regulación del ejercicio de cirujanos, boticarios, empíricos y barberos.

En el Renacimiento, y en buena medida como consecuencia de la rehabilitación de la cultura clásica, se pone en tela de juicio la primacía de la medicina escolástica como forma de interpretar la salud y la enfermedad. A partir del siglo XV, y paulatinamente, comienzan a controlarse los diversos oficios relacionados con el cuidado de la salud. Un caso emblemático es el de las comadres.

Pensemos a este respecto que España se configura como nación en el siglo XV. Se planifica de alguna forma un sistema educativo y laboral; de este modo, los aspirantes a barberos y comadronas tienen que someterse a partir de este momento a algún tipo de prueba o examen. Los barberos sangradores en España, al igual que en el resto de Europa, eran examinados por el Protomedicato. A partir del siglo XVI existía ya un Protobarberato. La función de estas instituciones era el control de los títulos y de la actividad profesional. Según refiere Granjel (citado por Horno, 1980, pp. 57-58), “*tal atribución del Protomedicato fue (en 1538) objeto de críticas en las Cortes de Toledo y en Valladolid (en 1558)*”. Finalmente, Felipe II, en 1576, prohibió al Tribunal del Protomedicato examinar a las parteras. Desde entonces hasta el año 1750 las parteras pudieron ejercer libremente, levantándose en ese año tal prohibición, después de la cual fue publicada la *Cartilla del Arte de Partear*, de Antonio Medina, vigente desde 1752 para los exámenes de partera. Moral (2003) señala que “*no es hasta el año 1750 cuando el Tribunal recupera su derecho a colocar a las matronas bajo su jurisdicción*” (p. 147). Siguiendo a esta misma autora,

*“la ausencia de datos que indican la existencia de alguna organización entre las comadres, a imagen y semejanza de las existentes para los barberos y cirujanos, junto a la imposibilidad para acudir u obtener algún tipo de enseñanza reglada, favoreció el clima apropiado para que los médicos ilustrados las caracterizaran como brujas”* (p. 147).

Los médicos, que nunca se habían interesado de forma generalizada por la salud reproductiva de la mujer, empiezan a controlar la práctica de la obstetricia. Sin embargo, como argumentó Cristina de Pisán en su obra *La Ciudad de las Damas* (2000),

*“Dios ha concedido a la mujer una mente capaz de comprender, conocer y retener todas las cosas de los más variados campos del saber [...] las mujeres pueden estudiar las ciencias más difíciles y todas las ramas del saber...”* (p. 143).

Podemos considerar esta obra como el auténtico origen de la denominada *querelle des femmes*, un debate, abstracto e intelectual sobre la naturaleza de la mujer, sin propuestas de cambio social, que se extendería a lo largo de tres siglos.

El debate giraba en torno a una reinterpretación de la Biblia que permitía reivindicar el valor de las mujeres ejemplares. La idea era contrarrestar la visión negativa y degradante de la mujer ofrecida en los sermones y la literatura religiosa, cuyo exponente más cruel sería *el Malleus Malleficarum* y la persecución por brujería. Las mujeres de la obra de Cristina de Pisán son reinas, santas, inventoras, científicas y están dotadas, no sólo de nobles sentimientos, sino también de juicio y razonamiento (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.40.).

Como es sabido, en España el Tribunal del Protomedicato fue creado por los Reyes Católicos, desde mediados del siglo XV. Como señala Granjel (1981), “*en colaboración con las cofradías de médicos y cirujanos se controló la práctica médica, se controló el intrusismo y se regularon los honorarios*” (pp. 181-182).

Al igual que en el resto de Europa, estas inspecciones se dirigieron, en primer lugar, al ejercicio llevado a cabo por cirujanos, barberos y boticarios y posteriormente por las comadres (ver Ventosa, 1984; 2000b). Tal y como señala Muñoz citado por Ventosa (1980, p. 40) y Moral (2003),

*“mandamos, que los Protomédicos y Alcaldes Examinadores Mayores, que de Nos tuvieren poder, lo sean en todos nuestros reynos, y señoríos, que agora son o fueren de aquí en adelante, para examinar los Físicos y Cirujanos, y ensalmadores, y Boticarios, y especieros y herbolarios, y otras personas que en todo o en parte usaren de estos oficios, y en oficios a ellos y a cada uno dellos anexo y conexo, ansí hombres como mujeres, de cualquier ley, estado preeminencia y dignidad que sean; para que sí los hayaren idóneos y pertenescientes, les den cartas de examen y aprobación y licencia para que usen de los oficios libre y desembargadamente, sin pena ni calumnia alguna; y que los que hayaren que no son tales para poder usar de los dichos oficios o de alguno dellos, los manden y defiendan que no usen dellos”* (p. 145).

### **3.1.11 Normativas.**

Los diversos trabajos sanitarios se estratifican y a pesar de los esfuerzos de los médicos universitarios coexistieron diversos oficios sanitarios hasta el siglo XVI. A partir de mediados del XVI, en Bolonia, el Protomedicato interpreta que la posición médica debe estar en un lugar superior en la jerarquía sanitaria. Veamos el

argumento. El supuesto fundamental, según Pomata (2001), fue *“que los remedios internos eran de mayor importancia que los externos y, por consiguiente, sólo el médico podía recetar medicinas que requirieran la administración por vía oral”* (p. 118). Por tanto, solamente los médicos universitarios podían prescribir medicamentos. Las diversas licencias que se otorgaban a barberos, cirujanos o matronas contenían explícitamente esta prohibición. Así, Paolo Zacchia argumenta, según señala Pomata (2001), que

*“el médico <<trata el cuerpo utilizando su intelecto, no su cuerpo>>”; “al contrario que boticarios y cirujanos, que utilizan sus manos y no sus mentes; ellos <<curan el cuerpo con el cuerpo>>, y por lo tanto su trabajo es equivalente al de los criados”* (p. 119).

De esta forma la autoridad y el nivel superior del médico universitario se relaciona con la distancia corporal e indirectamente con la intelectualización del trato médico.

La licencia para las matronas no se inició hasta 1674. En enero de ese año se promulga un edicto donde se requiere a las matronas, como refiere Pomata (2001),

*“un juramento de fidelidad a las leyes del Protomedicato: al igual que el resto de practicantes de bajo rango, tenían que jurar no administrar remedios por vía oral ni sangrar, una tarea esta última reservada a los barberos cirujanos”* (p. 121).

Veamos a continuación como tres iniciativas femeninas relacionadas con la actividad profesional son castigadas por las autoridades al considerar que se habían superado los límites establecidos. En el primer caso, vamos a describir la situación de una matrona en Francia en el siglo XVII, Louise de Bourgeois, matrona real, que asistió al parto del delfín Luis XIII. Esta mujer estudió la obra del cirujano francés Ambroise Paré. En un primer momento había asistido a mujeres pobres. En 1598 se presentó al examen para ejercer como matrona aprobándolo. Según Sheridan (2001) *“sólo tres años después fue contratada como matrona real y más adelante, entre 1609 y 1626 publicó un manual para matronas en tres volúmenes”* (p. 147). Sin embargo, no todo fue gloria para Bourgeois, puesto que la princesa María de Borbón-Montpensier murió tras el parto realizado por Louise de Bourgeois. Aunque,

en la autopsia realizada no pudo probarse la relación directa del fallecimiento de la princesa con la actuación de Bourgeois. Ésta percibe el informe realizado por varios médicos, tras la autopsia realizada, como un ataque a su reputación y, según Sheridan (2001), el dictamen poner de manifiesto que: *“Junto a la parte posterior derecha se encontró un pequeño resto de placenta, tan pegada al útero que apenas podía separarse con los dedos sin esfuerzo”* (p. 154). Para defenderse Bourgeois escribe una *Apologíe* en la que dejaba patente la ignorancia de los médicos sobre el cuerpo femenino, lo que, evidentemente, no fue tolerado por la clase médica. Según cita Sheridan (2001), Burgeois señala:

*“En vuestro informe dejáis bien claro que no poseéis conocimiento alguno sobre la placenta o sobre el útero de la mujer, ni antes ni después del parto; y tampoco lo tenía vuestro maestro galeno. Él, que nunca se casó y raramente asistió partos, se atrevió a enseñar a las matronas en un libro, donde demostraba que no sabía nada del útero de una mujer embarazada ni de su placenta”* (p. 157).

Más aún, parece que concluyó su *Apologíe* del siguiente modo, según relata Sheridan (2001),

*“Pero para conocer los secretos de las enfermedades de las mujeres, es necesario haber trabajado como matronas y haber asistido a diversos partos, como hizo vuestro gran maestro y legislador Hipócrates, que consultaba con las matronas cuando trataba las enfermedades de las mujeres, confiando en su juicio. Esto es todo lo que tengo que decir y presentar para mi defensa y justificación contra la calumnia y la meledicencia que afecta y ofende mi reputación, y lo someto al juicio de los doctores parisinos y de otras personas capacitadas y sin prejuicios, y para lo que a Su Majestad plazca ordenar”* (p. 157).

La respuesta a su atrevimiento fue publicada en un texto titulado *Remonstrance a Madame Bourcier touchant son Apologie contre le rapport que les medecins ont fait de quia a causé la mor deplorable de Madame*:

*“Deberíais haberos mantenido en silencio el resto de vuestra vida, en vez de sugerir (al intentar acusar a los médicos erróneamente que la princesa no fue*

*adecuadamente tratada) [...] Considere estas cosas, Madame Boucier, y manténgase dentro de los límites de su deber; no vuelva a responder a los doctores. Porque ni mucho menos es responsable de sus actos ni está capacitada para juzgarles [...] No se glorifique con el nombre de Matrona [...] Prevea lo que puede derivarse de su presunción y de sus escritos y no hable más con esta arrogancia en contra de hombres que tienen más experiencia y son más afortunados que usted en el ejercicio de la profesión que usted practica” (citado en Sheridan, 2001; pp. 158-159).*

Podemos observar el conflicto de intereses y la lucha de poder entre dos grupos profesionales implicados en el cuidado de la salud. Este fenómeno inusual en el primer tercio del siglo XVII, entre las matronas mujeres y los médicos hombres, como veremos en el capítulo siguiente y sucesivos, se convertirá en una situación permanente, que influirá en las prácticas del cuidado de la salud, en los roles asignados a las mujeres cuidadoras y en la configuración de las identidades enfermeras.

Pero veamos otro ejemplo ilustrativo del control médico sobre la matronería, esta vez en España, y durante el siglo XVIII. Luisa Rosado fue una matrona nacida en Toledo, que vivió desde mediados de 1768 en la corte, donde ejercía como matrona del Real Colegio de Niños Desamparados. Obtuvo su licencia en 1765, tras pasar el examen ante el Tribunal del Real Protomedicato. Esta mujer creía firmemente que su conocimiento, su saber, era de distinta naturaleza al que profesaban los cirujanos y solicitó poder anunciar públicamente sus actividades profesionales (ver Ortiz, 2001). Supuestamente su saber estaba basado en su experiencia y en sus dones naturales. Parece ser que esta matrona actuaba de manera muy eficaz en determinados partos con retención placentaria, a través de sus manos colocadas en el abdomen de la mujer. También en los casos de abortos ya que había inventado un emplasto que retenía al feto. Veamos detenidamente qué decía el cartel anunciador. Siguiendo a (Ortiz, 2001),

*“Se hace saber al Público cómo Luisa Rosado, Comadre Matrona examinada en el Real Protomedicato, se haya en los Desamparados matrona por el Rey, es la primitiva y no otra alguna, vive dentro de la misma Casa de los Desamparados.*

*Hace saber al Público que toda la mujer que esté habituada a mal parir 15, 20, años ofrece una bizma nunca oída ni experimentada en esta Corte, ésta no se pega a las carnes, y surte tales efectos, que se logra mantener el feto los nueve meses y corroborar los huesos.*

*Así mismo, ofrece que si por desgracia, como sucede todos los días, se la detuviese en las secundinas o placentas a la paciente 20,40 horas, aunque sean ocho días sin poderlas expeler, dicha Luisa Rosado las extrae antes de seis minutos sin molestar a la parturiente ni menos dejar lesión alguna aunque esté en artículo de muerte, como lo ha ejecutado antes de ahora en algunas, y hará constar con certificación que presenta de Médicos Titulares de haberlo ejercido ante éstos y salido con victoria, lo cual ofrece cumplir fiel y lealmente con la ayuda de Dios Todopoderoso” (pp. 178-179).*

Durante más de un año mantendrá un litigio con el Protomedicato escribiendo al rey Carlos III en dos ocasiones y finalmente, pese a presentar informes favorables de médicos titulares fue negada su petición. La negativa del Protomedicato con dos informes desfavorables. Este caso que presentamos tiene que ver más, en nuestra opinión, con una tutela hacia los cirujanos por parte del Protomedicato, velando por los intereses de este colectivo frente al temor de la competencia profesional del colectivo de matronas. Recordemos que en este siglo todavía eran mucho más frecuentes los partos atendidos por matronas que por cirujanos. Según Usandizaga (1942) citado por (Ortiz, 2001) “*el primer parto de una reina española atendido por un cirujano-comadrón fue el de Luisa Gabriela de Saboya, en 1713*” (p. 175). En cualquier caso, como sabemos, con anterioridad al siglo XVIII los autores de los textos que versaban sobre partos fueron médicos. En el siglo XVIII a excepción de Antonio Medina, y que como hemos señalado anteriormente publicó, en 1750, una obra con el título *Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que regularmente se llama comadres, en el oficio de partear*, la mayor parte de los textos son escritos por cirujanos.

El caso de Jacoba Félicie ilustra también muy claramente esta cuestión del control de la actividad de sanitaria. Diversos trabajos analizan el juicio que, en el año 1322, promovieron contra esta mujer el decano y los maestros de la Facultad de Medicina de París, acusándola de practicar la medicina de forma ilegal (ver Cabré y



Salmón, 2001; Moral, 2003, entre otros). Sabemos que el modelo médico desarrollado en las universidades a partir del siglo XIII configuró un poder hegemónico para los médicos universitarios. Este poder les otorgó la capacidad de sancionar los saberes de otros colectivos, la de transmitir esos saberes y considerar como incapaces de manejar esos saberes a las mujeres, los cirujanos, los barberos. Aquellos que fueron considerados como “empíricos” fueron perseguidos por su práctica ilegal. El juicio duró dos meses y los cargos contra ella fueron los siguientes: acusada por “embaucadora”. Por imitar una forma de actuación que, en el siglo XIV, era ya reconocida socialmente como herramienta de diagnóstico y pronóstico del modelo interpretativo de enfermedad basado en el galenismo: el examen de orina y la medición del pulso. El trasfondo de la acusación, en nuestra opinión, no fue demostrar si Jacoba Félicié realizaba o no las maniobras que acabamos de mencionar, sino el temor a la pérdida de control sobre la actividad sanitaria. No se trataba tanto de deslegitimar o hacer desaparecer esos roles, sino de supeditarlos a la autoridad médica universitaria.

### **3.1.12 Reglas.**

A lo largo de este capítulo, hemos hecho referencia a algunas de las Reglas, como la Benedictina. Recordemos que la organización de las instituciones conventuales y la vida de los monjes y monjas de las órdenes monásticas se articuló bajo el sometimiento a alguna de las reglas, que pueden ser consideradas como los estatutos y directrices para la convivencia y permanencia en el monasterio.

Veamos, para considerar su posible incidencia sobre las prácticas de cuidado, algunos aspectos de la Regla Benedictina elaborada por San Benito. Las condiciones de vida, para todos los que asumieron esta regla incluían el trabajo, la comida, el sueño, la oración y el estudio. Todos en los monasterios trabajaban, tanto en trabajos intelectuales como manuales. Como sabemos la labor de copistas fue fundamental para conocer los textos clásicos y su posterior difusión. En la vida diaria el abad o la abadesa eran los jefes de la comunidad y eran elegidos por los monjes o monjas. Los votos que realizaban implicaban practicar la humildad, caridad y obediencia para el bien de la comunidad. No debemos olvidar que el monasterio nació para buscar un ideal de vida de amor a Dios y renunciar a la vida mundana.

El movimiento monástico se inició en el siglo IV con San Basilio. La filosofía monástica se basaba en la perfección y santificación del alma. En los primeros momentos en la vida monástica no estaba planteada la asistencia a pobres, enfermos, huérfanos. Sin embargo, posteriormente los conocimientos de botánica y medicina, les sirvieron, por ejemplo a los monjes benedictinos para cuidar a los enfermos.

Nos parece muy ilustrativa la Regla de San Isidoro de Sevilla para nuestros fines, y vamos a señalar algunos párrafos citados por Hernández Conesa (1996) para entender las prácticas del cuidado que fueron propuestas, así,

*“los enfermos, de cualquier enfermedad que adolezcan, han de residir en una sola casa y han de estar encomendados a un solo individuo apto para ello; y deben ser atendidos con tales servicios que ni echen de menos el afecto de los parientes ni las comodidades de la ciudad, sino que el dispensero y el prepósito proveerán lo que fuere necesario.” (...) “El cuidado de los enfermos ha de ponerse en manos de un monje sano y de vida observante que pueda dedicar toda su solicitud a los enfermos y cumpla con la mayor diligencia todo lo que exija la enfermedad. Él por su parte, ha de prestar sus servicios a los enfermos de modo que no pretenda comer de los alimentos de aquellos. A los enfermos ha de servirseles alimentos más delicados hasta que recobren la salud. Pero después que la recobren han de volver a los alimentos de antes. Por el hecho de que a los enfermos se les trate con más delicadeza, no deben por ello escandalizarse en manera alguna los sanos, pues los que están sanos deben sobrellevar a los que están enfermos, y los que están enfermos no deben dudar a sí a los sanos y a los que trabajan. No es admisible que alguien oculte una enfermedad real o pretexto una supuesta, sino los que son capaces deben dar gracias a Dios y trabajar; más los que no pueden deben declarar su dolencia y ser tratados con más suavidad. A pretexto de enfermedad, no puede poseerse nada como privado, no vaya quedar oculta la pasión de la codicia. Bajo apariencia de enfermedad no ha de usar el monje de baños por el afán de lavar el cuerpo, sino tan sólo por necesidad de enfermedad y de polución nocturna; ni tampoco se ha de diferir, si conviene como medicina.. ni hay por qué murmurar, porque no se hace por ansia de placer”, sino para remedio solamente de salud” (pp. 110-111).*

Pasemos ahora a mencionar las constituciones del Hospital de San Antolín de Palencia, sobre el cual hemos hablado anteriormente en este mismo capítulo.

Las constituciones del Hospital de San Antolín de Palencia parece que se establecen en 1398, si bien se construyó en 1183, atribuyéndose el mérito al obispo Don Pedro Pérez. Según cita Santo Tomás (2002),

*“... año de 1398, en la (...) inicio y once días de el mes de enero en el año cuarto del sumo pontificado (...) en sede vacante de su obispo Juan de Castromocho...”* (p. 429).

Las constituciones del año 1398 está escritas en latín (*De ordinatione hospitalis beatissimi patris...*), y en el trabajo de Santo Tomás (2002) se referencia una reimpresión de las mismas en lengua castellana en un manuscrito del año 1560, que según esta autora *“siguen fielmente las del año 1398, (introducción para la gobernaçión deste ospital de Sanct Antolin y lo que cada uno es obligado haçer en su ofiçio. Que se hiço siendo provisor el canónigo Franciso de Villadiego y Arcipreste de Dueñas este año de 1560)”* (p. 429).

Como en cualquier otra ordenanza, en las de este hospital se describen las obligaciones y los trabajos a realizar por las distintas figuras que ejercen los diversos oficios en las instituciones, y, por lo tanto, se puede inferir la forma de asistencia que se brindaba a los ingresados en la institución.

Recordemos que este era un hospital de pobres a cargo del Cabildo y del obispo de Palencia. Contaba con diversas dependencias y en sus constituciones podemos observar dieciséis figuras diferentes que trabajaban en el hospital, a saber, provisor, capellán, mayordomo, médico, cirujano, boticario, barbero, escribano, portero, enfermera mayor, enfermera menor, madre de niños, cocinera, lavandera, enfermero, aguador y despensero.

### **3.2. La organización del saber sobre el cuidado.**

No se conoce con exactitud la fecha de creación de la importante escuela de medicina de Salerno, en el sur de Italia, aunque se cree fue fundada alrededor del año 1000 (ver Achtberg, 1990). Hasta donde sabemos fue la primera escuela de medicina fundada en la cristiandad, pasó en el siglo XIII a formar parte de la

universidad de Nápoles y estuvo en funcionamiento hasta su cierre por decreto de Napoleón en 1811. Estaba situada en un lugar famoso por sus aguas curativas y que servía como puerto de entrada a los peregrinos que regresaban de Palestina. Numerosos trabajos refieren la importancia de Trótula una mujer que para unos autores ejerció como médica y para otros fue matrona, en la escuela de Salerno (ver, entre otros, los trabajos de Achterberg, 1990; Hernández Conesa, 1996; Towler y Bramall, 1997; Green, 2001; Moral, 2003). En cualquier caso, trató de difundir el conocimiento sobre el cuidado de la mujer, escribiendo sobre una gran variedad de temas, incluyendo las cesáreas y recetas para la belleza, las prácticas higiénicas y también la indicación y forma de llevar a cabo las sangrías. Fue la primera en describir las manifestaciones dermatológicas de la sífilis, la prescripción de baños, limpiezas y lociones con propiedades antisépticas. La cirugía, creía ella, debía ser conducida con un cuidado extremo de la limpieza y evitar la contaminación. Describió las características necesarias para ser una nodriza, centrándose en la salud, un cuerpo limpio y una buena disposición.

Incluimos aquí, por su curiosidad, sus sugerencias para esconder la falta de virginidad, según la traducción del texto de Salvatore de Renzi (1852, citado por Achterberg, 1990)

*“Este remedio lo necesitará cualquier joven que haya sido inducida a abrir sus piernas y perder la virginidad por las locuras de la pasión, el amor secreto, y las promesas... Deje que coja azúcar la clara de un huevo y las mezcle en agua de lluvia en la cual se han cocido jebe, hierba pulguera, y madera seca de una vid con otras hierbas similares. Empapar una tela suave y porosa en esta solución y dejar que lave sus partes íntimas con ella. La vagina debía estar totalmente lavada. O dejar que el agua de lluvia se mezclara con la corteza del roble y hacer un supositorio el cual debería introducirse en la vagina poco antes de mantener relaciones sexuales. O como sigue: llantén/plátano, sumack, hiel del roble, betónica muy oscura, y jebe cocinado en agua de lluvia y aplicar esta mezcla como se ha explicado anteriormente... Pero lo mejor de todo esto es el engaño: el día antes del matrimonio, deje que se coloque una sanguijuela muy cuidadosamente en los labios: tenga cuidado para que no se introduzca por error; después debería dejar que la sangre saliera y formase una costra en el orificio, el flujo de sangre taponará el paso.*

*Así una virgen falsa puede engañar a un hombre durante sus relaciones sexuales” (p. 50).*

Bajo el nombre de los *Tratados de Trótula* en el siglo XI, que se conocen con varios títulos: *De passionibus mulierum curandarum*, *Deaegritodinibus mulierum*, *De curis mulierum*. El arte de la partería va dirigido a las mujeres, con la finalidad de que éstas pudieran conocer y difundir las actividades para remediar los problemas tanto obstétricos como ginecológicos de las propias mujeres. Naturalmente la difusión de estos conocimientos sólo podía tener lugar entre las mujeres que sabían leer y escribir. No obstante, existen algunas controversias sobre la autoría de todos estos textos.

Hildegard de Bingen (1098-1179) fue seguramente la abadesa más conocida e importante del medievo. Para algunos teólogos de la modernidad fue la mística por excelencia. Sus escritos se mueven entre sus visiones y el conocimiento científico. Numerosos trabajos nos hablan de su contribución (ver, por ejemplo, Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966; Achterberg, 1990; Green, 2001; Moral, 2003). Sus escritos médicos son considerados como la contribución científica más importante de la medicina monástica. Cualquier visión global corre el riesgo de minimizar su carácter complejo, los excepcionales resultados de su gran intelecto, su valor y su intuición. Como señala Achterberg (1990),

*“Muchos aspectos del trabajo de Hildegard siguen siendo un misterio. El hecho de que escogiera escribir dedicándole todo su tiempo es algo remarcable sobre todo porque dejó de estar escolarizada incluso con las normas de la enseñanza medieval. Admitía su falta de conocimiento del Latín, incluso escribió sus textos en esta lengua, la lengua de la élite. Además, debe haber sido realmente consciente de la actitud misógina de la Iglesia, en la medida en que ella misma degradaba lo femenino porque lo consideraba algo débil en mente y en espíritu. Incluso escogió ser franca, y opinó de la misma manera que una figura pública que hiciera campaña por todo el país dando discursos ante grandes multitudes, y escribió sobre todos los temas relacionados con la erudición conocidos en el mundo en aquel momento” (p. 55).*

Todavía hoy no se conocen las fuentes en las que se inspiró para su trabajo *Causae et curae*, aunque no sería extraño que hubiese tenido acceso a los textos clásicos de Galeno y de otros médicos antiguos. En el trabajo de Achterberg (1990) se señala que:

*“El conocimiento práctico de Hildegard sobre los medicamentos incluía la función de 485 plantas, de las que se creía que cada una de ellas era un remedio dado por Dios. Las dosis que recomendaba eran tan pequeñas que se acercaban a la homeopatía, y también era proclive a prescribir regímenes alimenticios y ejercicio. Abogaba por un conjunto de plantas habituales, las cuales probablemente contenían algunos ingredientes activos y tendrían algún efecto, aunque sutil, sobre la dolencia por la que habían sido prescritas. Otros (un corazón de león sobre el ombligo para dificultar el trabajo, barro mojado para la parálisis de los miembros) parecen más producto de la pura imaginación. Escribió poco acerca de la cirugía y la crianza de los niños; uno asume que la vida en el convento ofrecía pocas oportunidades de llevar a cabo una actividad clínica práctica o de participar en ella. Muchas de las ideas de Hildegard eran demasiado avanzadas para su tiempo. Recomendaba tratar la diabetes omitiendo los dulces y los frutos secos de la dieta. Su discusión sobre la circulación sanguínea presagió el modelo presentado por Harvey en el siglo XVII” (p. 56).*

Su trabajo *Causae et curae* fue ignorado durante mucho tiempo. Como Green (2001) ha puesto de manifiesto, los investigadores no fueron conscientes de su existencia 1859 y no se consiguió editar íntegramente hasta 1903. Por lo demás, también la autoría de los escritos de Hildegard ha sido puesta en tela de juicio, aunque actualmente diversos trabajos (Glaze, 1998) parecen no dejar lugar a dudas (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.41.).

La transmisión sistemática del saber fue el criterio que algunas artes mecánicas, como la Medicina, comenzaron a emplear durante la Edad Media para transformar su consideración teórica y social. En la transición del siglo XII al XIII, el auge de las ciudades llevó implícito el resurgimiento de nuevas clases sociales. El incremento de la población llevó aparejada la necesidad de cuidados, y no tardaron en fundarse escuelas médicas. Sin embargo, la Medicina no tenía un cuerpo

disciplinar que pudiera definir qué era un acto médico. En un momento en el que la sociedad urbana comienza a articularse, unos hombres comenzaron a asociarse en defensa de sus intereses para sistematizar sus conocimientos y crear una cultura escrita, iniciar sus relaciones con otras ramas del saber y crear instituciones de enseñanza y aprendizaje. Hallaron en Aristóteles las herramientas que les permitieron demostrar que la Medicina era una ciencia que se derivaba de los principios de la Filosofía Natural, y concluyeron que también era un arte, puesto que eran necesarias destrezas intelectuales para aplicar los principios teóricos generales a casos particulares. Estos argumentos sirvieron para fundamentar ante las autoridades la necesidad de médicos universitarios, su estatus científico y su profesionalización.

En el siglo XIII como ya hemos señalado, con la creación de las universidades, la docencia pasa de los monjes al clero seglar y de éstos a los profesores y a las universidades.

La mujer medieval contó con pocas posibilidades de acceso al conocimiento científico de la época. El acceso a las universidades fue complicado, aunque existen estudios que muestran que algunas mujeres estudiaron en las más importantes universidades.

Siguiendo a Moral (2003), podemos comprobar que las comadres (podemos definir las como aquellas cuidadoras que ayudaban a otras mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y en la atención al recién nacido) pierden paulatinamente el protagonismo como cuidadoras en el proceso del parto debido a *“que su conocimiento no era científico, sino empírico y supersticioso”* (p. 143) (ver Apéndice Iconográfico, figuras 3.42., 3.43., 3.44.).

No debemos olvidar que la cirugía en el siglo XIII era considerada como un conocimiento distinto al médico, que poseía métodos que implicaban la manipulación del cuerpo, a partir de las traducciones y reelaboraciones que los médicos árabes había llevado a cabo sobre los conocimientos científicos de la antigüedad. Así, la literatura sobre la cirugía de Galeno, entre otros, permitió que se comenzasen a escribir en lenguas vernáculas tratados y manuales de cirugía (ver Laín Entralgo, 2003). Según García Ballester (1995), citado por Moral (2003) *“el estudio de la*

*filosofía aristotélica permite, pues, abordar el estudio de la teoría galénica y, así, los médicos universitarios, que gozaban de más prestigio y mejores salarios, iniciaron un control legal sobre todos los oficios empíricos relacionados con la salud” (p. 149).*

En la sociedad medieval los cirujanos trataron de elevar paulatinamente sus conocimientos a la categoría de conocimientos científicos y derivarlos de una enseñanza formal. Por otra parte, el oficio de barbero también fue reconocido en la sociedad medieval y, como señala Moral (2003)

*“con un proceso de aprendizaje exclusivamente práctico, al igual que en el resto que los oficios gremiales la enseñanza solía durar de uno a dos años, tiempo suficiente para superar el examen oficial” (p. 153).*

Sabemos, por ejemplo, que en Lyon los barberos-cirujanos formaron en 1088 una corporación y que en 1567 los cirujanos se separaron de los barberos, fundando el gremio de maestros-cirujanos.

Además, a lo largo de toda la Edad Media, encontramos que en la persecución ejercida por la Iglesia contra las mujeres denominadas brujas, una de las acusaciones suele ser la de realizar prácticas de curación. Al aumentar los requisitos ejercidos para la práctica de la medicina, aumentará asimismo la probabilidad de exclusión de las mujeres de la misma. En 1486, James Jacob Sprenger y Henry Kramer, monjes dominicos, publicaron el *Malleus Maleficarum, o Martillo de Brujas*, utilizado durante siglos para incriminar a brujas y herejes y detallar las formas de tortura a aplicar. El texto establece que las mujeres tienen más probabilidades de caer en brujería que los hombres, por ser más estúpidas, más débiles y más supersticiosas que éstos, además de más sensuales, carnales y menos fiables (ver Achterberg, 1990).

En buena medida, hemos dado a entender que la comprensión cabal del desarrollo de las prácticas y los saberes sobre el cuidado fue paralelo, de una manera, en ocasiones, casi paradójica, al reconocimiento de la mujer en la sociedad. En el apartado siguiente vamos a reseñar las aportaciones de algunas de las mujeres cuya aportación en este sentido resulta imposible de soslayar.



### 3.3. Figuras (seglares, religiosas).

Aunque en otros apartados hemos ido dando cuenta de otros personajes cruciales para entender el desarrollo histórico de las prácticas de cuidado, hemos decidido sustantivar en un apartado específico las aportaciones de algunas mujeres especialmente influyentes por razones de autoridad disciplinar o de carisma. Destacaremos el compromiso hacia los demás de dos mujeres, Santa Isabel de Hungría y Santa Catalina de Siena, la primera perteneciente a la orden terciaria de San Francisco y la segunda a la orden terciaria de Santo Domingo.

Isabel de Hungría (1207-1231) fue un claro exponente de la actitud de numerosas mujeres legas que destacaron por su labor caritativa. Perteneciente a la casa real de Hungría, educada en la tradición de las buenas obras, su dedicación a los enfermos se intensificó con la muerte de su marido en una de las cruzadas. En la figura 3.45 del Apéndice Iconográfico podemos observar en la obra de Bartolomé Esteban Murillo a Santa Isabel bañando a los enfermos de tiña.

En su obra Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) refieren que Isabel:

*“Dos veces al día, tenía por costumbre visitar en los hospitales o en sus casas a pacientes de toda clase de enfermedades, porque no temía a ninguna. Daba baños, hacía vendajes quirúrgicos, alimentaba a los que no podían hacerlo por sí mismos y se deleitaba, ante todo, en la atención a los niños”* (p. 94).

Catalina de Siena (1347-1380) no pertenecía, sin embargo, a una familia noble. No obstante, aprendió a leer y se hizo terciaria de la Orden de Santo Domingo. Cuando la peste llegó a Siena en 1372, Santa Catalina, junto con el grupo de hombres y mujeres de su orden, atendió a los enfermos con abnegación, habilidad y parece que con gran capacidad de organizar a un grupo de personas que ayudaban en el cuidado de los enfermos de peste.

### **3.4. Comadronas, sanadoras y nodrizas. Roles no institucionalizados.**

Sólo un rol vinculado con el desarrollo de las prácticas de cuidado, la comadrona, se quedó, en términos generales, al margen del proceso de institucionalización que venimos describiendo. En el campo de la atención de las mujeres al cuidado de las propias mujeres, recordemos que las comadronas tuvieron el monopolio de la atención al parto hasta bien entrado el siglo XVII. Su importancia bien merecería un estudio exclusivo, que desborda los límites de este trabajo. Pero, además, hay que tener en cuenta que las comadronas formaban parte de una comunidad mucho más amplia de mujeres practicantes de la medicina (ver Apéndice Iconográfico, figura 3.46).

La participación de las mujeres en la medicina, tal y como la entendemos en la actualidad, no se limitaba a la atención del parto. Las mujeres especialistas o profesionales, es decir, las mujeres que en algún momento de sus vidas se habían identificado a sí mismas o habían sido identificadas por su comunidad en términos de su práctica médica, se encontraban en todos los niveles de la medicina. Tal y como refiere Moral (2003) *“la mujer tuvo eventualmente acceso al ejercicio tanto de la medicina como de la cirugía, y su práctica no estuvo limitada al ámbito obstétrico y ginecológico”* (p. 146).

En las *Partidas* del Rey Alfonso X El Sabio, publicadas en siglo XIII, se indicaba que las comadronas debían de ocuparse de la atención de la mujer durante la gestación así como del recién nacido; también se expresaban las condiciones que debía tener una buena nodriza. Diversos autores mencionan nombres de comadronas desde el siglo XIV, así, por ejemplo, Cardoner (1949) refiere *“en 1333, Alfonso IV nombró a Francisca, mujer de Bonanat de Berga, para auxiliar a las mujeres de la reina”* (p. 1). Este mismo autor comenta que *“en 1381, el infante Don Juan hizo acudir a Barcelona a Bonanada, comadrona valenciana, para que cuidara y atendiera a su esposa Violante de Bar”* (p. 3). También Horno (1980) refiere que una mujer experta en partos *“asistió al nacimiento del rey Católico (Fernando de Aragón), llamada la Herradera”* (pp. 54 y 57).

No obstante, en diversos trabajos se señalan evidencias documentales que aseguran la existencia de mujeres practicando medicina y cirugía en Nápoles,

Frankfurt, Francia, Inglaterra, en el reino de Aragón, veámoslo con un poco más detenimiento.

En el trabajo de Siraisi (1990) citado por Moral (2003) se expone,

*“Así, en Nápoles, aparecen inscritas veinticuatro mujeres cirujanas entre los años 1273 y 1410, en Frankfurt entre 1387 y 1497 existen quince prácticas, y entre los siglos XIII y XV se han documentado un 1,5% en Francia y un 1,2% en Inglaterra”* (p.146).

Cardoner (1949) citado por Domínguez (1986) afirma que seis mujeres judías practicaban la medicina en Aragón en el siglo XIV, así

*“<<Na Cett>>, judía médica de Valencia a quien, en el año 1368, la tesorería de la reina abonó 248 sueldos por provisión desde diciembre a último de enero. En 1381 halla datos de otra judía médica, <<Na Floreta Çanoga>>, de Santa Coloma de Queralt, a la que la tesorería de la reina abonó 15 florines de oro de Aragón, y que en los meses siguientes percibió otra cantidades por sus servicios...”* (p. 42).

Igualmente García Ballester (1988) afirma :

*“durant el segle XIV i el XV les dones mores practicaven la medicina no solament no estaven marginades de la societat, sinó que els seus servicis erant demanats pels municipis i per la meteixa cort...”* (p. 339).

En el siglo XVI encontramos en Francia referencias de mujeres que fueron contratadas junto con sus maridos, y también viudas que continuaron el oficio y la actividad de sus esposos; así Klairmont-Lingo (2001) refiere,

*“Según la costumbre, se permitía a las viudas de los maestros cirujanos mantener sus establecimientos abiertos para realizar sangrías y afeitar barbas. Sin embargo, no era inusual que las viudas ofrecieran también el resto de los servicios que normalmente desarrollaba un cirujano juramentado, a pesar de que carecían de formación oficial”* (pp. 88-89).

Otro grupo de mujeres que proporcionaron cuidados fueron las mujeres **sanadoras**, las cuales cuidaban a enfermos, preparando y suministrando hierbas medicinales. En muchos casos, imponían las manos o formulaban plegarias religiosas. Generalmente sus conocimientos se transmitían de madres a hijas. En este trabajo entendemos por sanadoras a aquellas mujeres que atendían enfermos como actividad básica, ya sea cuidando sus necesidades fisiológicas, preparando y administrando plantas medicinales.

Un ejemplo, bien documentado, a través del trabajo de Hellwarth (2001) es el de la sanadora inglesa Lady Grace Mildmay (1552-1620), quien, sin una formación reglada, poseía profundos conocimientos sobre el cuidado de la salud. Mujer de convicciones religiosas, conjugaba la práctica caritativa de sus saberes con sus ideales religiosos. Escribió recetas medicinales para situaciones de melancolía, delirio y locura.

No cabe duda que las sanadoras desempeñaron una función útil allí donde no se podía recibir otro tipo de asistencia. Las mujeres, vetadas de cualquiera de las formas de enseñanza regulada, no contaron con las condiciones de posibilidad necesarias para pertenecer a cofradías o gremios y establecer lazos que vinculasen su arte a las teorías hipocráticas y galénicas. Los cuidados que las mujeres dispensaban en el hogar, los cuidados prodigados en los conventos y enfermerías por las religiosas, beguinas y por las comadres tampoco fueron considerados como destrezas manuales y, por tanto, formaron parte de la categoría de “sanadores empíricos”.

Con la reforma de las órdenes religiosas femeninas (reforma teresiana y contrarreforma) y con la consiguiente vuelta a la clausura, aparece la figura de las *beatas*, quienes llevaron a cabo las tareas femeninas de caridad y asistencia a enfermos que quedaron vacantes. Como señala Domínguez (1986), *“las beatas en España o terceras de una orden religiosa tienen su correspondencia en otros países como las beguinas en los Países Bajos”* (p. 77).

En cuanto a la actividad realizada por las nodrizas, podemos comprobar que se proyecta en dos niveles: como forma de cuidar y como trabajo femenino asalariado, consideramos que son dos aspectos que se deben destacar en el

periodo comprendido desde el siglo X al XV, por la existencia de documentos que los acreditan. Siguiendo a Vinyoles (citado en Domínguez, 1976) *“Las mujeres de cierta posición no acostumbraban a criar ellas mismas a sus hijos y retribuían muy bien a las nodrizas, que se ocupaban de tal menester”* (p. 43). En el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo existen referencias desde 1426 a 1873, sobre el papel que desempeñaron las nodrizas; así, según Domínguez (1986), entre otras tareas *“se recogían datos sobre el nombre de los niños abandonados, la edad, la fecha en que fue dejado en el hospital”* (p. 40).

Ser enfermera era entendido como una disposición natural, una realización del instinto maternal de la mujer. Ser médica, doctora, curar a los enfermos, era, sin embargo, considerado como una aberración. Realizar prácticas de disección podía dañar el “pudor natural de las mujeres”, pero paradójicamente no lo dañaba el limpiar o curar los cuerpos heridos. Y, al parecer, tampoco era herido el pudor de las enfermas sometidas en muchos casos a tratamientos absolutamente aberrantes por parte de los médicos varones, que venían a atribuir la mayor parte de trastornos psicológicos derivados de un ambiente cultural y familiar que aniquilaba la personalidad de la mujer, a los órganos sexuales femeninos, lo que provocaba la práctica de escisiones del clítoris y de los labios, extirpación de los ovarios, aplicación de sanguijuelas en la vagina, etc.

Las últimas mujeres condenadas por brujería habían sido ejecutadas a finales del siglo XVII. El racionalismo y el espíritu científico sustituían la superstición, pero ello no abriría las puertas de las universidades y del ejercicio de la medicina como médicas a las mujeres.

Mientras, las mujeres sanadoras eran perseguidas y se impedía el ejercicio de su actividad y el acceso a la adquisición de conocimientos y a las corporaciones de cirujanos, médicos y boticarios. En los siglos XVI, XVII y XVIII se produjeron cambios fundamentales en la historia de la medicina que dejaron al margen de su ejercicio como médicas a las mujeres, aunque ellas siguieran teniendo a su cargo el cuidado de los niños, ancianos y enfermos en el ámbito doméstico y en los hospitales, y aunque los partos siguieran siendo atendidos casi exclusivamente por comadronas (ver Apéndice Iconográfico figuras 3.47., 3.48., 3.49., 3.50., 3.51.).

#### **4. Conclusiones.**

En este capítulo hemos intentado argumentar cómo las prácticas cuidadoras han evolucionado desde las sociedades antiguas hasta el siglo XIX. En un primer momento, estas prácticas en relación con el cuidado humano englobaban los saberes de la cultura concreta donde magia, mito y religión proporcionaron la base y la regulación del cuidado. Así mismo, en esos primeros tiempos no existía una diferenciación nítida entre los cuidados médicos y los cuidados enfermeros. Si bien, posteriormente, los conocimientos médicos fueron delimitando el espacio para los físicos y otros oficios relacionados con las prácticas del cuidado de la salud.

Las actividades curadoras y cuidadoras llevadas a cabo por las mujeres y hombres y el largo recorrido de los siglos analizados nos muestran una realidad constante que parece transtemporal y, hasta donde nos permite la diversidad señalada, también transcultural: el trabajo sanitario y el interés de las mujeres manifestado como expertas en la salud muestran, por una parte, que las prácticas cuidadoras fueron llevadas a cabo fundamentalmente por mujeres y, por otra, las configuraciones profesionales que con mayor precisión cristalizan en este recorrido histórico planteado. Esto no implica que los espacios, digámoslo así, sanitarios fuesen nítidos a lo largo de esta narración. Las sanadoras, curadoras o cuidadoras no tituladas se mezclan y coexisten con las religiosas, matronas o médicas y con los varones religiosos, barberos, cirujanos y médicos ilustrados. Los espacios de la práctica eran definidos y redefinidos continuamente, pero hemos querido señalar los hitos históricos, los espacios conquistados y negociados fundamentalmente por los hombres y mujeres que apostaron y apuestan (todavía hoy) por estar de pleno derecho en los sistemas institucionales de salud.

Hemos analizado la creación de diversas instituciones y su consolidación, así como sus objetivos y formas de regulación. De tal forma que, la novedosa y original filosofía cristiana, esa nueva antropología del hombre, constituye el precedente fundamental, en nuestra opinión, para fundar y consolidar posteriormente las instituciones dedicadas al cuidado de la salud. La organización eclesiástica fue una organización sistemática. Su papel fue definitivo y se materializó a través de la constitución de las diversas órdenes dedicadas a llevar a cabo las obras de misericordia. De esta forma el *xenodoquio* cristiano hacia el siglo III d.C. estaba

preparado para convertirse en el centro de un sistema de socorro. La fundación de los monasterios y en ellos de las primeras enfermerías, así como la creación de una edificación hospitalaria dentro de la institución conventual, consolidan los ideales cristianos de ayuda a los pobres, afligidos, peregrinos y enfermos. También hemos señalado el traspaso competencial de la fundación, mantenimiento y control hospitalario a los poderes laicos.

La diversidad de las formas de sanar o curar, cuidar y entender la enfermedad y la salud durante este largo espacio temporal que se produjo en Occidente y que en la historiografía se suele interpretar como el proceso de organización y consolidación de un sistema formativo y asistencial médico que, regulado mediante el poder legislativo, excluyó y subordinó el ejercicio profesional de las mujeres cuidadoras. En este capítulo hemos vislumbrado algunos inicios de los conflictos que la práctica médica causó a otros estamentos sanitarios. Hemos visto como algunas mujeres, recordemos a Jacoba Félicié, fueron excluidas de la medicina monopolizada por los médicos varones ilustrados. También hemos analizado el control ejercido por el Protomedicato, una institución controlada por los médicos universitarios, que poseía la prerrogativa de la organización legal del sistema sanitario. Asimismo, las formas de curación religiosa no fueron cuestionadas a las mujeres: los miembros de la profesión médica la entendieron como realidad aceptable y ajena. El espacio divino estuvo gestionado dentro de unos límites maleables y de las opciones religiosas legitimadas. Por otra parte, la práctica sanitaria llevada a cabo por las matronas, como Luisa Rosado y Louise Bourgeois, fue una mezcla de praxis empírica y advocación divina. La figura de Hildergard de Bingen, la gran depositaria del saber revelado, llevó a cabo y presentó su obra sin depender de fuente sobrenatural alguna. Hildergad de Bingen y Trota de Salerno reflejan cómo las comunidades monásticas, en su momento álgido, y cómo la incipiente organización de la enseñanza médica en la escuela de Salerno favorecieron los saberes llevados a cabo por mujeres. Con la organización institucional de la universidad a partir del siglo XV se cancela la autoridad femenina, una estrategia recurrente hasta hace muy poco tiempo.

En la Tabla 3.3. enumeramos resumidamente las instituciones y las personas dedicadas al cuidado que hemos estudiado a lo largo de este capítulo.

Tabla 3.3 Instituciones y cuidadores de la salud.

SIGLOS	QUIÉNES REALIZABAN LOS CUIDADOS	DÓNDE SE REALIZABAN LOS CUIDADOS
Hasta el siglo X	Esclavos, parteras, sirvientes, nosocomi, patricias, viudas y vírgenes, diaconisas, parabolani, monjes, monjas	Domicilio, velatidinarium, xenodochio, hospitales, Enfermerías de los conventos
Hasta el siglo XVI	Hospitalers, hospitaleras, enfermeros, esclavos, donadas, barberos, freyres, freyras, <i>dona qui ha carrech deles malaltes</i> , <i>dona qui ha carrech del infants</i> , beguinas.	Enfermerías de los conventos Hospitales Domicilios
Desde el siglo XVI hasta el XIX	Nodrizas, parteras, sanadoras, cuidados a domicilio  Monjes, monjas, hermanos, hermanas, enfermeros, enfermeras, beatas, barberos	Dispensados fundamentalmente por mujeres, destinados al mantenimiento de la vida, además de la reparación o restauración de la salud en el domicilio.  Hospitales Domicilio

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986).

Como veremos en el próximo capítulo, la Reforma va a tener un doble efecto respecto a la mujer: por una parte, el cierre de los conventos hace que la mujer pierda en el mundo protestante el lugar donde había podido tener un acceso a la cultura y una alternativa al matrimonio. Pero, por otra parte, ello hará que pasen a manos de las mujeres laicas las tareas de atención a los necesitados, lo que tendrá posteriormente una importante repercusión en el desarrollo de la identidad enfermera y la cultura del cuidado.



## **CAPITULO 4**

FILOSOFÍA MATERIAL (II). LA REFORMA PROTESTANTE Y  
SUS CONSECUENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.



## CAPITULO 4

### FILOSOFÍA MATERIAL (II). LA REFORMA PROTESTANTE Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

#### 1. Introducción.

Como sabemos, el Renacimiento Clásico comenzó en Italia. En cierto modo, la riqueza derivada de una posición mercantil ventajosa durante las Cruzadas había creado una incipiente cultura del ocio que llegó a otros países más lentamente. Cicerón, Aristóteles y Homero junto con otros autores clásicos pasaron a ser estudiados en las universidades europeas. Se copiaba a los antiguos y, bajo su influencia, Europa se iba haciendo cada vez más mundana. Las restricciones medievales sobre las virtudes del autosacrificio y la abnegación se fueron desechando. Algunos ideales existentes se fueron discutiendo y se dudaba del carácter totalizador de los principios teológicos. Así, Erasmo (1469-1536) ridiculizaba los ideales y las supersticiones medievales. Sir Thomas Moore (1478-1553) se atrevió a concebir una utopía. Martín Lutero (1483-1546) tradujo al alemán La Biblia. Cervantes (1547-1616) en su obra *Don Quijote* se mofaba del feudalismo y de la caballería. William Shakespeare (1564-1616) extrajo su filosofía, reflejada en sus obras, más bien de la vida que de los clásicos. John Milton (1608-1674) escribió su *Paraíso Perdido*, defendiendo en todos sus escritos la libertad política y religiosa y la libre expresión de la opinión pública. Podemos decir que estos son algunos de los nombres sobresalientes en un periodo de actividad intelectual y de reorganización de los valores humanos.

En el ámbito del arte un despertar semejante tuvo lugar entre arquitectos, escultores y pintores. La ciudad de Florencia fue el centro artístico que en su día había de ser el lugar de nacimiento de Florence Nightingale, cuya fama como restauradora del arte de la enfermería llegaría a igualar a la de los pintores, escultores y arquitectos allí reunidos, como veremos un poco más adelante en este capítulo. Dos estudiantes de la tradición florentina representan el genio de la época. Leonardo da Vinci (1453-1519) y Miguel Ángel (1475-1564) fueron arquitectos,

escultores, ingenieros y pintores. Boticelli (1447-1515), Rafael (1483-1520) y el gran Tiziano (1477-1576) destacan por sus obras, que reflejan los aires de cambio. Otro tanto sucede al norte de los Alpes, donde Rubens (1577-1640), Van Dyck (1599-1641) o Rembrandt (1606-1669) van también proponiendo y al tiempo confirmando una nueva imagen para el ser humano, una imagen atravesada por la idea de dignidad y que acabará manifestándose también en la esfera de los cuidados (ver Apéndice Iconográfico figura 4.1.).

Pero esta revolución estética y antropológica es inconcebible sin una revolución política paralela. Durante el periodo medieval, la gran familia de la madre Iglesia había crecido considerablemente. Los reyes ejercían un poder autocrático. En Francia, los señores feudales fueron conscientes de que sin alianzas con los reyes no podían ir a ninguna parte. De ahí que se puso de moda establecer sus residencias lo más cerca posible de los reyes. Las ambiciones de los reyes condujeron a la guerra, fomentando entre el pueblo un espíritu de rivalidad nacional. De esta forma, Francia, Alemania, Inglaterra y España mantenían Europa en estado de agitación. La pobreza que seguía a las guerras producía un gran descontento y acabó desembocando en tres episodios revolucionarios que cambiaron definitivamente la forma de vida occidental: la Revolución Americana (1775-1783), la Revolución Francesa (1789-1795) y la Revolución Latinoamericana (1800-1825). Aún no habían terminado estos desórdenes cuando surge un líder que trata de unificar a los europeos y dirigir sus asuntos. Las Guerras Napoleónicas comenzaron en 1797 y se terminaron en 1815 en la batalla de Waterloo ganada por el Duque de Wellington.

La Revolución Industrial constituye el epílogo de esta era revolucionaria. Empezó en Inglaterra alrededor de 1750 y acabó por cambiar de manera definitiva los modos de vida y las formas de trabajo. Un hecho notorio como consecuencia del proceso de industrialización fue la concentración de la clase obrera alrededor de las fábricas en las ciudades. El hacinamiento dio lugar a una falta de salubridad y de ventilación en las viviendas. Los hábitos higiénicos de la población, tanto en el plano individual como colectivo, eran poco saludables. Los descubrimientos que se van a producir van a confirmar la lamentable situación de las condiciones de vida de los habitantes en las ciudades.

En este capítulo pretendemos analizar las consecuencias de la Reforma Protestante sobre la salud en general y sobre las prácticas de los cuidados, en particular, tal y como hemos hecho hasta ahora en este trabajo. Nos tocará poner de manifiesto las condiciones que contribuyeron a la emergencia de la enfermería como profesión en el contexto general de la Reforma Protestante. Comenzaremos, pues, señalando los rasgos más importantes de la Reforma.

## **2. La Reforma Protestante.**

La reforma protestante fue un movimiento religioso y político que terminó con la unidad de la iglesia cristiana de occidente. La iglesia de comienzos de la Edad Moderna tiende a hacerse señorial, a acumular riquezas y a hacer ostentación de las mismas. El Papa tiene ambiciones políticas: se venden bulas para conseguir dinero y ventajas políticas y la iglesia se instala en la corrupción para conseguir dinero, por más que se condene la simonía, es decir, la venta de sacramentos. Se crea una teocracia imperial que disputa el poder temporal al emperador. Además, la recaudación del diezmo implica un ingreso de dinero desde todos los reinos cristianos.

En contra de esta tendencia a la ostentación y al lujo se posiciona el humanismo, que aboga por una religión interior y personal, en oposición a la religión pública de los grandes actos. Esta idea hará que algunos miembros de la Iglesia adopten posturas abiertamente enfrentadas con Roma e intenten reformar la vida eclesiástica para hacer de ella un modelo moral, más acorde con la predicación y el mensaje de la Biblia, ante la sociedad. Los dos grandes personajes que impulsan la reforma son Lutero y Calvino.

El movimiento reformador, de protesta contra el Papa y la doctrina de la Iglesia, fue liderado inicialmente, y como es bien sabido, por Lutero. A partir de este momento a los seguidores de esta nueva visión se les conoce con el nombre de *protestantes*.

Martin Lutero (1483-1546) fue un monje agustino alemán profesor de teología en la universidad alemana de Wittenberg. Allí predicó sus 95 tesis contra las indulgencias, es decir, contra las oraciones que conmutaban las penas del purgatorio por el pago de una cantidad de dinero y cuya predicación en esta ocasión el Papa había encargado a los dominicos. Lutero denunció el carácter comercial que habían adquirido y esto le costó la excomunión.

La base de la doctrina luterana es la justificación por la fe. Considera que la voluntad humana, contaminada por el pecado original, se muestra impotente para luchar contra el mal y sólo con la fe en Cristo el hombre puede lograr su salvación.

Así, pues, Lutero elimina uno de los principios básicos y fundamentales para la doctrina católica: el valor de las buenas obras.

Las doctrinas luteranas fueron llevadas al extremo por Calvino, intelectual francés establecido en Ginebra, que basa su doctrina en la idea de la predestinación: desde el principio de los tiempos, el hombre estaría predestinado a salvarse o a condenarse.

Las dos razones fundamentales por las que se llegó al cisma religioso y sociopolítico son, por un lado, los abusos del clero y la fragilidad de la autoridad papal, ya que durante algún tiempo hubo dos cabezas de la Iglesia, una en Roma y otra en Avignon, y, por otro, las dificultades doctrinales que de esta situación se derivaron.

Europa, que, como afirmábamos en el capítulo anterior, nació cristiana y muy concretamente se desarrolló como Iglesia católica, se divide tras esta separación en Europa católica y Europa protestante. Pronto los protestantes se irán dividiendo en grupos religiosos, como anabaptistas, menonitas, cuáqueros, calvinistas, presbiterianos, puritanos y anglicanos. Además, a los seguidores de Lutero, que se extienden ya por Alemania, Noruega, Suecia y Dinamarca, se les conoce como luteranos.

Un caso singular lo constituye la Iglesia anglicana, que no es fruto tanto de una reforma sino fundamentalmente de un problema político: la cuestión del divorcio de Enrique VIII. En 1534 Enrique VIII promulga el acta de supremacía, según el cual el rey tiene poder para intervenir en los asuntos de la Iglesia, y no el Papa.

Si, como hemos defendido en el capítulo anterior, el cristianismo constituye la matriz moral sobre la que van a ir articulando las prácticas del cuidado, los cambios producidos en el cristianismo influirán también de forma directa o indirecta en los cuidados de la salud de la población en general y en el desarrollo de la enfermería en particular. Recordemos que el amor al prójimo y el cuidado espiritual, la caridad o la abnegación fueron elementos fundamentales en la articulación de cuidado “enfermero” institucionalizado por la Iglesia a través de las órdenes religiosas durante siglos. La afirmación teológica de la salvación de las almas a través del acto de fe favoreció que los cuidados enfermeros perdieran su auténtico y singular

función de visado para la vida eterna. De esta forma, y por estas razones, muchos de los hospitales dirigidos por órdenes religiosas católicas fueron cerrados. Parafraseando a Donahue (1985), durante tres siglos el deterioro de los cuidados de enfermería y de las personas que los practican va a dar lugar a la llamada “época oscura de la enfermería” en el mundo protestante. Un caso extremo de este periodo oscuro es el caso del Reino Unido, donde “*Enrique VIII suprimió todas las órdenes religiosas, confiscó las propiedades de unas 600 fundaciones caritativas*” (p. 193).

Como es sabido, durante los siglos XVI al XIX se produjeron en Europa devastadoras epidemias, favorecidas fundamentalmente por el estilo de vida en las ciudades. En efecto, las ciudades adolecían de una higiene deficiente, hacinamiento en las viviendas y una absoluta ausencia de legislación sanitaria. Por lo demás, los hospitales entraron en crisis a partir de la disolución de las órdenes monásticas, sobre todo en lo que se refiere al cuidado de los enfermos y los pobres. En muchos casos, sobre todo en Inglaterra, el abandono de los religiosos convirtió a los hospitales en lugares a menudo aterradores.

En cuanto a las epidemias, cabe señalar que el tifus, tal vez la más virulenta, fue propagada a través de las rutas comerciales. La escasa ventilación de los hospitales aumentaba la probabilidad de propagación de la tuberculosis. Por su parte, la viruela fue llevada al Nuevo Mundo y diezmó a los nativos que carecían en absoluto de defensas. Las epidemias de cólera eran frecuentes y graves en los suburbios de las ciudades. Abundaban la peste y también la sífilis. En la figura 4.2. del Apéndice Iconográfico observamos cómo Poussin (1630-1631) representa un brote de peste diezmando a la población filisteo. En definitiva, y aunque epidemias, como sabemos, hubo en siglos anteriores, el estilo de vida urbano y sus carencias facilitaron la propagación de las mismas.

Diversos trabajos (ver Nutting y Dock, 1907; Donahue, 1985; Hernández Conesa, 1996) ponen de relieve que donde la Reforma triunfó las actividades caritativas fueron asumidas por las distintas sectas religiosas o bien delegadas a las autoridades seculares. De este modo, la enfermería se vio degradada, puesto que las prácticas cuidadoras fueron llevadas a cabo fundamentalmente por mujeres reclutadas entre ex-convictas, prostitutas y aquellas que para sobrevivir, y sin ningún tipo de cualificación, tenían una necesidad imperiosa de trabajo.



Un hecho relevante para la enfermería fue la actividad filantrópica llevada a cabo por Theodor Fliedner, John Howard, Elizabeth Fry y Dorothea Lynde Dix. Como veremos a lo largo de este capítulo y sucesivos, la filantropía no sólo fue importante para el desarrollo de la enfermería en Inglaterra, sino también en Alemania, Estados Unidos y, cómo no, España.

## **2.1. Instituciones europeas.**

### **2.1.1. La reacción católica: órdenes e instituciones.**

En esta época la Iglesia Católica tuvo otros reformadores que proseguían sus esfuerzos para corregir los abusos por métodos diferentes a los de la rebelión. De este modo, uno de los representantes de este grupo, el español Ignacio de Loyola, funda la Orden de los Jesuitas.

La orden de los Jesuitas fue creada en 1534. Se trataba de una orden de clerecía docente; eran predicadores que defendían la ortodoxia, pero, al mismo tiempo, fueron los primeros maestros preparados y fueron respetados por sus saber allí donde viajaron y muy especialmente en las instituciones educativas superiores.

La orden femenina de Santa Úrsula se dedicó a la educación de mujeres jóvenes. La mayoría de las escuelas que se fundaron en los conventos fueron creadas por las ursulinas a lo largo de toda Europa y más tarde en América.

Finalmente la gran convulsión que sacudió a la Iglesia católica con los planteamientos de Lutero tuvo su respuesta con el Concilio de Trento. En 1545 un Consejo General de las autoridades eclesiásticas fue convocado en esta ciudad con el objetivo de analizar los medios para eliminar las causas críticas y clarificar la oposición a la Iglesia. Como sabemos, esta reunión se prolongó a lo largo de dieciocho años, finalizando en 1563.

Durante muchos años la dinámica institucional del cuidado se sometió a la lógica de esta escisión histórica entre un mundo católico y un mundo protestante. La reacción de la iglesia católica, como hemos estudiado en el capítulo anterior, pasó por la creación y expansión de numerosas órdenes religiosas destinadas a evangelizar y proporcionar atención a todo tipo de personas. Con el descubrimiento de América, la iglesia católica nuevamente protagoniza el liderazgo de las prácticas

cuidadoras tanto de la población indígena como de los colonizadores. Como veremos más adelante, la configuración de la enfermería como profesión pudiera ser entendida como una suerte de síntesis entre las concepciones del cuidado habilitadas en estos dos mundos. En efecto, la emergencia de la profesión enfermera tuvo lugar en el seno de una institución luterana, pero tal vez bajo los principios (para entonces católicos) que habían hecho de las prácticas del cuidado verdaderos hábitos morales. En efecto, esta síntesis se llevó a cabo, tal vez no tan anecdóticamente, en el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, una institución con una influencia decisiva en la obra de Florence Nightingale.

### **2.1.2. Instituto de las Diaconisas de Kaiserswerth.**

Este Instituto fue creado en el año 1836 por el pastor luterano Theodor Fliedner (1800-1864). Sabemos que el pastor Fliedner llegó a Kaiserswerth, pequeña población sobre el Rin, cerca de Düsseldorf en 1821 y se encontró en una ciudad donde se habían cerrado las fábricas y en su congregación no podían pagarle sus honorarios. Viajó a Holanda e Inglaterra y conoció Elizabeth Fry, cuyo trabajo en la cárcel de Newgate le impresionó. Además, visitó otras instituciones públicas como escuelas, casas de caridad, hospitales y cárceles. A su vuelta comenzó su labor humanitaria también en el ámbito de las prisiones, creando una asociación de cárceles alemanas. Junto con su esposa, Frederika Monster, organizó numerosas obras sociales. Vamos a señalar solamente aquellas que se relacionan con la enfermería. En primer lugar, cabe mencionar que abrieron un hospital y una escuela de formación (ver, entre otros, Donahue, 1985 y Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966), y, de este modo, pudieron atender a los enfermos y sistematizar la formación de las mujeres que iban a proporcionar los cuidados. Tal y como señala Donahue (1985), para la *“atención del cuidado de los enfermos, abrieron un pequeño hospital como una escuela de formación para diaconisas”* (p. 235). El programa de estudios duraba tres años y sus objetivos se centraban en el adiestramiento para llevar a cabo técnicas y en las formas de organizar hospitales. Este instituto adquirió fama internacional y allí acudió Florence Nightingale, en 1847, y completó un programa de estudios. El instituto fue también visitado por Elizabeth Fry, quien quedó gratamente sorprendida por la labor que era llevada a cabo bajo la supervisión del matrimonio Fliedner (ver Apéndice Iconográfico figura 4.3.).

El programa de formación del Instituto Kaiserswerth incluía un programa para la enseñanza de enfermería hospitalaria con una duración de tres años, con una dinámica de rotación por las distintas unidades con las que contaba el hospital, salas para hombres, mujeres, niños, convalecientes, y para enfermos infecciosos. El programa de formación también estaba orientado hacia la enfermería domiciliaria, un aprendizaje teórico-práctico del cuidado de los enfermos, además de proporcionar conocimientos sobre farmacología, y una preparación básica en Ética y Doctrina religiosa.

Algunos de los requisitos exigidos para la admisión en el Instituto nos parecen de una gran trascendencia, como veremos más adelante, para la futura formación de las enfermeras (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966), entre ellos una *“edad mínima de dieciocho años para la admisión. Cartas de cura y médico certificando buena moralidad y salud. Periodo de prueba de tres meses a un año. Uniforme”* (p. 161).

Estos requerimientos que se exigían a las futuras diaconisas son, y seguirán siendo, como veremos a lo largo de este capítulo y sucesivos, apropiados para el ingreso de las futuras enfermeras. No es de extrañar entonces que algunos de estos requisitos permanecieran en vigor en la admisión de las futuras enfermeras en España hasta el último tercio del siglo XX.

Vamos a detenernos en el atuendo que llevaban las futuras diaconisas. Según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966),

*“el uniforme se describe como de material azul oscuro para los días de trabajo y negro corriente para los domingos. Se llevaba un delantal con babero con el uniforme azul, en tanto que un gorro de tipo cofia con un volante fruncido alrededor de la cara tenía anchas tiras para atarla en un gallardo lazo bajo jóvenes babillas, aspecto que realzaban además un cuello blanco adecuado. Una boina negra a la moda del día atada igualmente por medio de cordones blancos, cubría la cabeza con el traje de calle”* (pp. 161-162).

En las escuelas de enfermeras de la España del siglo XX se deja ver la influencia de este uniforme en cuanto a los elementos que se han descrito, tal y como veremos en capítulos sucesivos.

La influencia de este Instituto se extendió por todo el mundo y se recoge en los trabajos de Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966),

*“las diaconisas no tardaron en encontrarse establecidas en Jerusalén, Smirna, Beirut, Constantinopla, Alejandría, El Cairo, Bucarest y Budapest. En 1850 el padre Fliedner llevó a algunas de ellas a Pittsburg, en América, en donde, a petición del pastor Passavant, equiparon su hospital, conocido todavía como Hospital Passavant”* (p. 163).

Las diaconisas formadas en la escuela de Kaiserswerth se extienden poco a poco a Pittsburg, Pensylvania, Jerusalén, Smirna, Constantinopla, Beirut y Alejandría (Donahue, 1985). Estas ciudades, y una vez establecidas las nuevas ideas, se convirtieron en verdaderas plataformas para el comienzo de una nueva era en los cuidados de enfermería.

Algunos autores refieren que el experimento llevado a cabo con las diaconisas en Kaiserswerth fue el antecedente inmediato para que se estableciesen en Inglaterra un instituto de Hermanas Enfermeras (1840), fundado por Elizabeth Fry (ver Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966). Estas mujeres se dedicaron a practicar los cuidados domiciliarios contratadas por el municipio o bien de forma privada entre los pobres. De esta forma, la influencia de las diaconisas de Kaiserswerth alcanza a la enfermería inglesa y a través de ésta a la española de prácticamente todo el siglo XX.

### **2.1.3. Hermandades protestantes.**

Numerosas hermandades se fueron estableciendo en Inglaterra. Así, en 1845, aparece la **Orden de la Merced** y poco después la de **St. John's House**. Parece ser que estas Hermanas de San Juan se dedicaron casi con exclusividad a la enfermería y, según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), la magnitud de su dedicación merece que se las ubique a la altura de las Agustinas, la orden enfermera más antigua de la Iglesia católica. Sabemos que estas hermanas fueron el personal de enfermería en el King's College Hospital de Londres y en otros muchos hospitales. Un poco más tarde, en 1851, se estableció la **Hermandad de Todos los Santos**, y en 1854, la de **Santa Margarita**, a las que siguieron otras muchas comunidades que se fueron estableciendo en Inglaterra.

Elizabeth Gurney Fry en 1840 funda el Institute of Nursing. En la bibliografía consultada se referencia con diversos nombres: Institute of Nursing en el trabajo de McInnes (1990), Instituto de Hermanas Enfermeras en el de Hernández Conesa (1996) o Sociedad de Hermanas Protestantes de la Caridad, según Donahue (1985). En cualquier caso, este instituto fue creado por Elizabeth Fry y, según señala Donahue (1985), se convirtió en *“una sociedad de enfermería domiciliaria que tuvo sus orígenes en el trabajo realizado en las cárceles”* (p. 229). No estuvieron vinculadas a ninguna iglesia, lo que les condujo posteriormente a llamarse Instituto de Hermanas Enfermeras. En varios trabajos se menciona la escasa preparación de estas hermanas. Así, según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), *“su único entrenamiento consistía en una breve experiencia en el Guy’s Hospital de Londres”* (p. 163). Por su parte, Donahue (1985), refiere que *“sus miembros no recibían ninguna preparación teórica; durante algunas horas al día a lo largo de un período de varios meses visitaban el Guy’s Hospital de Londres, donde adquirirían un mínimo de experiencia práctica”* (p. 229). Estas mujeres ejercían de forma privada cuidando a los enfermos de cualquier estrato social en sus casas.

En estos años que estamos analizando y a través de estas experiencias, se observa que un grupo de mujeres de clase alta se empieza a introducir en la enfermería municipal y privada. La opinión pública estaba dividida respecto a la idea de que las órdenes de mujeres fueran adecuadas para cubrir las necesidades públicas en materia de cuidados de la salud. En concreto, el debate se centraba en la conveniencia del requisito religioso para una buena enfermería. Los seguidores de la tradición entendían la enfermería como un servicio de inspiración religiosa, gratuito e impregnado por el espíritu de la abnegación y el autosacrificio. Otro grupo, sin embargo, creían que la enfermería podía crecer y desarrollarse a través del compromiso de mujeres bondadosas que, en grupos seculares, y a cambio de una remuneración. Las diferentes propuestas debatidas culminan, en 1860, con el cambio que Nightingale desarrolla en el St. Thomas Hospital al crear la primera escuela de enfermeras del mundo, y fundando, de este modo, la enfermería moderna.

Veamos con detenimiento la situación del Hospital de St. Thomas antes de la llegada de Florence Nightingale en 1860.

#### **2.1.4. El St. Thomas Hospital del siglo XIX.**

En el capítulo anterior hemos estudiado este hospital. Recordemos que a mediados del siglo XVI había seis hermanas bajo la supervisión de una matrona, encargada también de la supervisión del trabajo del panadero. Su trabajo incluía la limpieza y la preparación de la comida, con la colaboración de las pacientes que se encontraran en condiciones de prestar ayuda. Debían permanecer solteras, pues cualquier mujer que se casase, o simplemente se comprometiese, era inmediatamente despedida. En los hospitales ante todo debía reinar ante todo un ambiente de moralidad, de tal manera que la asistencia a los servicios religiosos diarios era obligatoria, tanto para los enfermos que pudiesen acudir, como para las hermanas. Estas eran penalizadas con una multa de dos peniques en caso de faltar al servicio religioso sin motivo justificado.

La situación del personal de enfermería empieza a cambiar a principios del siglo XIX, con la llegada de Mrs Sarah Savery, que fue matrona de 1816 a 1840. Pensó que la formación era el factor clave para mejorar las condiciones existentes y, como paso previo para lograr una mejora general de las enfermeras, comenzó a elegir a las jefas de sala, no entre las enfermeras que trabajaban en el hospital, sino que pensó que dicha posición comportaba una gran responsabilidad y, estos puestos deberían ser asumidos por una clase de mujeres más formada y respetable que las que había reclutado el hospital. Por tanto, para elevar las competencias profesionales el mejor aliado era la educación. Los cambios llevados a cabo por Mrs Savery fueron evaluados muy positivamente. McInnes (1990) señala que

*“Cuando el hospital fue inspeccionado por los Comisionarios de la Caridad entre 1837 y 1840, se descubrió que Mrs Savery había efectuado reformas en esta dirección y que las jefas de enfermeras, en lugar de estar centrada en la promoción de las posiciones de las enfermeras, que “normalmente eran escogidas de entre una clase de tenderas, o jefas de sirvientes, como amas de casa y como enfermeras jefas de los hombres que eran los cabeza de familias” y sólo una jefa de enfermeras constaba como alguien que había trabajado como enfermera, una mujer con unas cualificaciones especiales” (p. 115).*

No era fácil encontrar mujeres que encajaran en el perfil de enfermeras. En esos años, las mujeres que cuidaban en los hospitales eran descritas, como refiere McInnes (1990), como *“sirvientas” de las jefas de enfermeras –una indicación lo suficientemente clara de su estatus. Sus obligaciones eran pesadas y desagradables y recibían un sueldo muy bajo*” (p. 115). Esto provocaba una gran rotación entre las mujeres cuidadoras, sobre todo en los turnos de noche. Para paliar esta situación se intentó captar futuras hermanas y proporcionarles una formación básica que les permitiese llevar a cabo sus tareas. Para ello, según apunta McInnes (1990), *“los Comisionarios de la Caridad señalaron la necesidad de tener una jefa de enfermeras extra en la formación práctica”* (p. 116). De esta forma, se pretendía garantizar que los enfermos estuviesen bien atendidos, sobre todo en los turnos de noche. Además, se trató de motivar a las jefas de sala para que realizasen mejor su cometido. De este modo, y siguiendo a McInnes (1990), *“para mejorar las competencias profesionales de las jefas de enfermeras dándoles un incentivo, el tesorero estableció un precio en 1847. Tres guineas era lo que se le pagaba anualmente a las dos jefas de enfermeras que había realizado mejor su trabajo durante el último año”* (p. 116). Habitualmente, las jefas de sala se mantenían en su puesto de trabajo hasta la jubilación.

Un hecho muy relevante para la enfermería del St. Thomas Hospital fue el nombramiento de Mrs Sarah Wardroper como matrona el 14 de febrero de 1854, que se convirtió en el auténtico motor de la reforma que tuvo lugar en dicho centro McInnes (1990). Recordemos que tras la Reforma protestante las prácticas cuidadoras en los hospitales ingleses fueron llevadas a cabo por hermanas sin ningún tipo de preparación. Las mujeres eran reclutadas entre las clases menos favorecidas, y entre ellas abundaban prostitutas y ex-convictas. Parece que el alcoholismo era frecuente entre estas trabajadoras y que Mrs Sarah Wardroper trató de remediar esta situación (ver Apéndice Iconográfico, figura 4.4.). De tal modo que, como McInnes sostiene (1990), *“empezó con un ataque sobre el alcoholismo entre las enfermeras y ya había hecho un progreso notable cuando Florence Nightingale volvió de Crimea”* (p. 116).

Lógicamente los cambios que se produjeron en los hábitos de las enfermeras afectaron a los enfermos ingresados, es decir, hubo notables mejoras en la atención

a los pacientes. Entre los enfermos que ingresaban parece que el alcoholismo era también bastante frecuente. Parafraseando a McInnes (1990), la enfermera típica se refugiaba en la bebida para olvidarse de sus problemas, mientras que las nuevas enfermeras animaban a los pacientes a mantenerse sobrios y adoptar nuevos hábitos higiénicos. Este cambio fue surtiendo efecto, de tal modo que cada vez fue más fácil que los pacientes dejaran de beber y se aseasen. Un mejor suministro de agua y el corte radical en el suministro de bebidas alcohólicas fueron las claves del éxito. Para aliviar el déficit del vino y cerveza a los pacientes se les proporcionó té.

Poco después de la llegada de Mrs Sarah Wardroper, otra mujer provocaría un debate entre la clase médica. Sabemos que hubo una fuerte oposición a la llegada al hospital de Jane Shaw Stewart en 1856. Esta mujer fue aceptada para aprender enfermería, siendo la primera Dama Enfermera. Un dato a destacar es que Jane Shaw Stewart había estado en la guerra de Crimea trabajando con Nightingale (ver McInnes, 1990). Su estancia se vio envuelta en una polémica protagonizada por el Dr. Flint. Estuvo en el St. Thomas Hospital durante unos meses y posteriormente se fue al Guy's Hospital. La oposición del cirujano jefe John Flint South fue enérgica y por escrito. Redactó una carta en la que exponía sus ideas y opiniones sobre el nivel de competencias, sobre las actitudes necesarias y sobre las conductas deseables de las buenas enfermeras. El escrito lo dirigió al Sr. Baggalay tesorero del hospital (ver McInnes, 1990).

Posteriormente, en 1858, se hacen reformas internas en el hospital, y, según McInnes (1990),

*“el 17 de abril el subcomité dice acerca de la enfermería:*

*Hay muchas tareas que se dejan a la enfermera que, sin embargo, debería llevarlas a cabo la jefa de enfermeras. Las enfermeras actuales no son aquellas personas más deseables para atender a los pacientes ya que no tienen una actitud tan buena como cabría esperar, es por lo tanto, recomendable que las tareas domésticas o la limpieza, como han sido establecidas, no deberían ser llevadas a cabo por enfermeras sino por personas contratadas para hacer este único trabajo; las enfermeras podrían entonces ser sustituidas por una clase de mujeres mejores y más*



*competentes para atender a los pacientes y el número de jefas de enfermeras actuales podría reducirse considerablemente para dejar que cada jefa de sala supervisara un cierto grupo de unidades que tuviera que y se hiciera cargo de la lencería, de los almacenes, etc, etc. Ambas, tanto las jefas de enfermeras como las enfermeras deberían tener todo tipo de provisiones que pudieran encontrar, excepto té y azúcar, y deberían dormir todas en el hospital. Se cree con una gran seguridad que adoptando este cambio se conseguirá a una clase muy diferente y a través de la sustitución por alguien mejor se contribuirá enormemente a que los pacientes disfruten de una mayor felicidad y confort; es un cambio que puede ser llevado a cabo gradualmente, luego no interfiere en muchos aspectos como sucede ahora en el hospital con las buenas y más que respetables sirvientas” (pp. 118-119).*

Posteriormente, a la redacción de este informe ciertas tareas que realizaban las enfermeras fueron asumidas por limpiadoras.

Por todo lo que hemos estudiado hasta ahora en relación con el St. Thomas Hospital, parece claro que durante el siglo XIX hubo diferentes intentos de mejorar el nivel moral de las enfermeras. Es preciso tener en cuenta dos factores para comprender la transformación de la enfermería durante el siglo XIX: la necesidad de mejorar la atención sanitaria y el alto número de mujeres solteras de clase media que necesitaban encontrar empleos socialmente aceptables para sobrevivir, cuestiones ambas que analizaremos con mayor profundidad en el apartado relativo a Florence Nightingale, en este mismo capítulo. En 1861 había en Gran Bretaña dos millones y medio de mujeres que tenían que trabajar para mantenerse. Las mujeres de clase obrera podían acceder a diferentes empleos: servicio doméstico, trabajo en fábricas, trabajo en la industria textil, la minería, etc., aunque fuesen de gran dureza, mal retribuidos y en condiciones de precariedad. Pero las mujeres de clase media tenían pocas alternativas de desarrollo profesional. Los trabajos bien vistos para las damas eran los de ama de llaves o institutrices, es decir, cuidadoras de los niños de las familias acomodadas, recibiendo una remuneración y un trato que, como se recoge en numerosas obras literarias, no fueron siempre dignos. La apertura del trabajo de enfermería para las mujeres educadas ofreció una salida profesional razonable. Tras el éxito de Nightingale, la enfermería irá gozando paulatinamente de

un mayor prestigio social y beneplácito moral, dentro del área de competencia del cuidado, tradicionalmente, como hemos analizado en el capítulo anterior, asignado a la mujer.

### **2.1.5. La Escuela de enfermeras del Hospital St. Thomas.**

Considerada por toda la literatura enfermera como la primera escuela reglada de formación en enfermería del mundo. Veamos como fueron sus comienzos y consolidación como una institución modélica para la enfermería mundial.

Cuando Florence Nightingale regresó de Crimea, como veremos más adelante, recibió una cuantiosa cantidad de dinero como forma de recompensar su gran labor. En la figura 4.5. del Apéndice Iconográfico Mrs. Nightingale acompañada de una enfermera va a proporcionar la atención a un herido. Podemos apreciar cómo Nightingale dirige la acción cuidadora. Con este dinero creó el Fondo Nightingale. Se estableció un comité para administrar el fondo y, el 13 de marzo de 1860, A. H. Clough escribió a favor del Fondo del Comité de Nightingale pidiéndoles al presidente, al tesorero y a los gerentes del hospital crear un comité que llevase a cabo los pasos necesarios para la introducción de un sistema de formación práctica e instrucción de las enfermeras. El 10 de abril de 1860 ya se había preparado un borrador del acuerdo. Los términos eran los siguientes, según McInnes (1990):

*“Por parte del presidente, el tesorero y los gerentes del Hospital de St. Thomas.*

*1. El presidente, el tesorero y los gerentes del Hospital de St. Thomas, facilitarán la formación práctica de las enfermeras que se encuentran el periodo de prueba, siéndoles reembolsados los gastos extras a través del Fondo de Nightingale el cual el hospital ha considerado que sea utilizado con este fin.*

*2. Estarán preparadas para ser recibidas dentro del hospital, al principio, 15 enfermeras en prueba, en conexión con el Fondo de Nightingale.*

*3. Se les permitirá a sus oficiales, y en particular al médico residente oficial y a la matrona, que con tales jefas de enfermeras puedan ser nominadas para ser matronas, tomar parte en el trabajo de aquellas que se*

encuentran en práctica y recibir una remuneración por parte del Fondo de Nightingale por hacerlo de dicha manera.

4. Les darán a las enfermeras que se encuentren en periodo de prueba un lugar donde hospedarse amplio y separado dentro del hospital, bajo la responsabilidad de una jefa de enfermeras.

5. Los Miembros del Comité y su Secretario les permitirán, junto con una dama visitadora, visitar, en compañía del médico residente oficial o la matrona, las unidades en las cuales las enfermeras en periodo de prueba donde realizarán su formación práctica; las horas serán señaladas por el tesorero.

6. Permitirán a un cierto número de enfermeras que trabajen en la actualidad en el hospital, ser seleccionadas para aspirar al puesto de matrona, con vistas a finalizar la carrera como enfermeras con la ayuda del Fondo de Nightingale, después de que hayan completado satisfactoriamente un mínimo del servicio que deben prestar.

*Por parte del Comité que administraba el Fondo de Nightingale.*

1. El Comité se compromete a conducir la formación de las enfermeras en prácticas en el Hospital de St. Thomas bajo la dirección de tesorero, y solamente a través del médico residente oficial, la matrona y las jefas de enfermeras que hayan sido designadas por la matrona del hospital.

2. Acordaron remunerar a los oficiales del hospital por sus servicios en la formación práctica de las enfermeras en pruebas, y el hospital también les pagará una cantidad extra a expensas de su influencia con respecto a las enfermeras en pruebas, tales pagos se realizarán a través del tesorero del hospital.

Se acuerda por ambas partes que este acuerdo permanecerá en vigor durante un año desde ... el de ... 1860, y llegará a su fin después de seis meses que será notificado por cada parte o después de esa fecha” (pp. 120-121).

Aunque la Escuela de Nightingale se estableció en el Hospital de St. Thomas, en sus orígenes tenía una considerable independencia, hasta que el gran aumento

de sus gastos forzó al hospital a asumir gradualmente una mayor parte de la carga económica. En cualquier momento el Fondo Nightingale tenía la libertad de diseñar el tipo de enfermeras que querían del hospital, lo cual les otorgó un acuerdo más duradero del que se había anunciado en un principio. Nightingale valoraba enormemente la independencia del Fondo y siempre abogaba por la gestión de toda la enfermería a través de una matrona que fuera la única responsable del nombramiento del administrador.

Cuando la mayoría de las enfermeras estuvieron formadas en la práctica, fueron envidias en grupos a otros hospitales, donde se esperaba que formaran a su vez a grupos de enfermeras formadas en la práctica y, de este modo, expandir sus reformas enfermeras. Esta era una característica especial de la Escuela de Formación Práctica de Nightingale. Tal y como señala McInnes (1990),

*“Sus enfermeras formadas en la práctica podían desarrollar un trabajo enfermero de forma general, mientras las habían sido formadas en otras escuelas – hasta aquellas que no habían sido formadas – formaban parte del personal de los hospitales con los que habían entrado en contacto. Las enfermeras de Nightingale aunque eran asumidas por la plantilla del St. Thomas para completar su año de formación práctico, no estaban formadas de forma prioritariamente de la misma manera que las del St. Thomas sino que lo estaban para que la enfermera pudiera enseñar a otros a hacerlo de la misma manera. Esta era una condición para entrar en la escuela que cuando ya habían sido formadas en la práctica debían irse dondequiera que el Consejo del Fondo del Nightingale les ordenase. Esto es, el énfasis estaba en la necesidad de extender esta instrucción la cual caracterizaba a la Escuela de Nightingale y permitió a las primeras enfermeras formadas en su escuela que pudieran estar en todo el mundo” (p. 122).*

Las futuras enfermeras disponían de un alojamiento separado de las enfermeras antiguas y recibían un salario durante su etapa formativa. Como refiere McInnes (1990),

*“Recibían 2 libras durante el primer trimestre del año, 2 libras 10s od (sic) durante el segundo y el tercero y 3 libras durante el cuarto. Al final del año, si*

*superaban este periodo de prueba, entraban en el registro como enfermeras que poseían un certificado que las avalaba para poder conseguir un empleo”* (p. 122).

A través de anuncios en los periódicos informaban de la inauguración de los cursos y de su oferta educativa concreta. Las solicitantes de las plazas fueron entrevistadas. Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) señalan que *“quince de éstas fueron seleccionadas para la primera clase. El 24 de junio de 1860, estas quince jóvenes mujeres se convirtieron en novicias de la Escuela Nightingale para Enfermeras, en el Hospital de Santo Tomás, de Londres, Inglaterra”* (p.181).

Entre las aspirantes estaban representadas dos clases sociales, como sucedió en la guerra de Crimea con el grupo de enfermeras. Por una parte, las distinguidas señoritas instruidas de la clase alta, que según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) *“pagaban unas treinta libras al año por colegiatura...”* (p. 180). Y, por otro, las aspirantes pertenecientes a las clases menores, que estaban exentas del pago. El período de prueba para todas las aspirantes era de un mes, y el curso básico tenía una duración de un año para la obtención del título de enfermera, digámoslo así, elemental. La edad de las candidatas se estableció entre los veinticinco a treinta y cinco.

Pero veamos con algo más de detalle el modelo educativo de esta escuela. La preparación de las enfermeras formadas en la concepción de Nightingale constaba de tres años de formación. Según Donahue (1985), se preparaban *“enfermeras de hospital, enfermeras de distrito para los enfermos pobres, enfermeras capacitadas para enseñar a otras (...) Tras el primer año de formación formaban parte del personal del hospital (...) Se distinguían entre las simples aprendices de enfermería y las “damas enfermeras”, un reflejo de la conciencia de clases británica”* (p. 248). Las simples estudiantes provenían de las clases desfavorecidas, mientras que las damas provenían de las clases altas. La formación era fundamentalmente práctica y la evaluación de las alumnas se basaba en informes mensuales sobre su conducta y rendimiento. He aquí las principales exigencias de una enfermera Nightingale, según McInnes (1990),

*“Se le pide que sea:*

**“SOBRIA, HONESTA, FIEL A LA VERDAD, FIABLE, PUNTUAL, CALMADA Y ORDENADA, LIMPIA Y PULCRA.”**

Se espera que se convierta en experta en:

1. *En la curación de ampollas, quemaduras, úlceras, heridas y en la aplicación de humectaciones, cataplasmas y la realización de curas menores.*

2. *En la aplicación de sanguijuelas, interna y externamente.*

3. *En la administración de enemas tanto para hombres y mujeres.*

4. *En el manejo de bragueros e instrumentos para tratar las complicaciones uterinas.*

5. *En el mejor método de friccionar el cuerpo y las extremidades.*

6. *En la gestión de los pacientes sin ayuda, i.e., moviéndolos, cambiándolos, siendo el personal de limpieza, alimentándolos, manteniéndolos calientes (o fríos), previniendo y vendando úlceras debido a la encamación, controlando su postura.*

7. *Poniendo vendas, haciendo vendajes y rodillos, poniendo escayolas, etc.*

8. *Hacer la cama de los pacientes y airear las sábanas mientras el paciente está en la cama.*

9. *Se le pide que acuda a las operaciones.*

10. *Ser competente a la hora de cocinar gachas, arrurruz<sup>1</sup>, huevos estrellados, pudines, bebidas para el enfermo.*

11. *Para que nos entendamos la ventilación significa mantener la unidad fresca durante toda la noche además de durante todo el día; tiene que ser cuidadosa y mantener una gran limpieza ya que esta se observa en todos los utensilios; aquellos utilizados para las secreciones además de aquellos necesarios para cocinar.*

---

<sup>1</sup> El arrurruz es una fécula o especie de harina comestible que se extrae de la raíz de algunas plantas tropicales y que se utiliza para preparar papillas.

*12. Hacer una observación estricta del enfermo con respecto a los siguientes particulares: el estado de las secreciones, la expectoración, el pulso, la piel, el apetito; el estado de la mente del paciente, como un delirio o un estupor; la respiración, el sueño, el estado de las heridas, las erupciones, la formación sobre su estado, el efecto de la dieta o los estimulantes y de las medicinas.*

*Y aprender a gestionar a los pacientes están convalecientes.” (p. 123).*

Como podemos observar, los requisitos exigidos para ser una enfermera Nightingale se relacionan con valores y actitudes más que con capacidades intelectuales. Por tanto, no estaban orientados hacia el conocimiento sino inmersos en una misión de “caridad secularizada”. Por otra parte, el término “experta” tiene que ver con el “saber hacer” más que con el “saber pensar”. De alguna manera, podemos decir que se sistematizan los conocimientos del oficio para poder ser transmitidos a través de un conveniente adiestramiento.

Veamos a continuación el perfil que Nightingale consideraba necesario para dirigir esta Escuela. Recordemos que la dirección de la Escuela fue asumida por Mrs Wardroper, que fue la matrona Jefe del St. Thomas desde 1854. El llevar a cabo la gestión hospitalaria y administrativa del St. Thomas y, además la gestión del nuevo centro supuso una gran carga para Mrs. Wardroper. Esta escuela pretendía ser un centro modélico y la responsabilidad del buen funcionamiento de la Escuela de Formación de Nightingale recaía sólo sobre ella.

La salud de Mrs. Wardroper, que empezaba a deteriorarse allá por el año 1871, hizo necesario proporcionarle una ayudante, que si bien debía ser una enfermera que destacara, no debería hacer sentir a Mrs. Wardroper que estaba siendo desplazada.

Se propuso este puesto a Miss Torrance, por entonces responsable de **Highgate Infirmary**, a quien no le importó aceptar un puesto por debajo de la categoría profesional que tenía. Siguiendo a McInnes (1990), parece que las funciones que debía desempeñar se concretaron por Nightingale, así

*“En junio de 1872 Florence Nightingale diseñó un borrador:*

### “LAS TAREAS DE MISS TORRANCE”

*Hacerse responsable de (bajo el mando de la matrona-superintendente) del alojamiento de las enfermeras en prueba, de hacer la limpieza, de las facturas, de los criados, etc, etc.*

*Hacerse responsable de forma general de que las enfermeras que estén bajo el mando de la matrona: también en el caso de las comidas, las horas, etc, etc. y para cumplir con todas las normas.*

*Dar clases tales como, tanto de religión como de Mejoramiento General, en la medida en que pueden ser asumidas de vez en cuando. Ver a las enfermeras en prueba preparando notas de lectura, los libros de casos, agendas y verificarlo todo.*

*Dar tal información a la superintendencia de las unidades o unidades como de la que puede venir la matrona para conseguir información periódicamente.*

*¿Leer oraciones en la residencia?*

*Comprometerse con toda la correspondencia que afecte a las enfermeras en prueba en la medida en que la matrona lo quiera” (pp. 126-127).*

Sabemos que Miss Torrance permaneció en el cargo de directora hasta finales de 1873, siendo sustituida por Miss Machin, que estuvo a cargo de la escuela de enfermeras hasta agosto de 1875, cuando se fue a Montreal. La cuarta responsable del centro fue Miss Parkinson, que asumió su puesto durante un periodo breve. Después, y durante 21 años, Miss Crossland desempeñó este papel.

Para Florence Nightingale el puesto de jefa de enfermeras de la escuela siempre fue de suma importancia. Muchos años después, según dice McInnes (1990), escribió:

*“La jefa de enfermeras de la residencia tenía la necesidad de ser tan maternal, tan desinteresada en materia de simpatía: dando demasiado, exigiendo tan poco – siendo tan imparcial y generosa – llevando todas sus responsabilidades en su corazón ante dios. A menudo pienso es la posición*



*más responsable y la que más e intenta conseguir dentro del hospital – casi más que la de matrona – porque las responsabilidades de la jefa de enfermeras de la residencia cambian continuamente. Pocas son tan perfectas como para ser matronas pero hay aún menos para ser tan perfectas como para sumir ser la jefa de enfermeras de la residencia” (p. 127).*

Su éxito, en nuestra opinión, señala los comienzos de una secularización completa de la enfermería femenina. Proporcionó un medio para preparar de forma útil y adecuada a las mujeres de clase media que estaban tratando de vivir de un trabajo digno, cuando rechazaban como modo de vida el matrimonio o el convento.

Sólo habían pasado dos años y comenzaba la expansión de la concepción Nightingale a escala mundial (ver, entre otros, Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966; Donahue, 1985). Veamos cómo lo describe McInnes (1990):

*“La escuela sólo había abierto hacía unos dos años cuando llegó el primer grupo a la Liverpool Royal Infirmary y a otros departamentos que les siguieron posteriormente. Doce enfermeras fueron con Agnes Jones a la Liverpool Workhouse Infirmary en 1865 y en 1867 Lucy Osburn seleccionó un equipo de cinco enfermeras para ir a Sydney, Nueva Gales del Sur. En ese mismo año Miss Emmy Rappe llegó de Suecia para entrar en el programa de formación práctica en la escuela y volvió a Uppsala para introducir las nuevas reformas allí” (p. 130).*

Otras solicitudes provenientes de La India y de las Colonias tenían que ser rechazadas para que las futuras enfermeras estuvieran mejor preparadas y en condiciones de ser enviadas a otros países.

La influencia del modelo Nightingale fue extraordinaria y pronto se propagó por Europa y América. Pese a todo lo anteriormente citado sobre la importancia de Nightingale en la enfermería moderna, en nuestra opinión, Nightingale no desarrolló una verdadera intención de generar conocimiento desde la enfermería. Pero esto lo veremos con detenimiento más abajo al analizar sus escritos.

Pasaremos ahora a estudiar las instituciones en las colonias del Nuevo Mundo, enumerando fundamentalmente los hospitales fundados por las

expediciones de España, Francia e Inglaterra, enfatizando las prácticas de los cuidados.

## **2.2. Las instituciones en América.**

En el Nuevo Mundo el desarrollo de las prácticas de cuidados estuvo estrechamente vinculado en cada caso al país colonizador. El cuidado de los enfermos fue manejado según las orientaciones y directrices que los colonizadores llevaban a cabo en sus países de origen. En los casos de España y Francia, las órdenes religiosas realizaron en paralelo el cuidado de los indígenas y colonos y la propagación del Evangelio. Como es lógico, en ambos casos las prácticas cuidadoras se prodigaron siguiendo la tradición del Cristianismo Católico.

### **2.2.1. Las misiones.**

Podríamos decir que la misión fue una institución de tipo monástico donde los monjes y monjas vivieron. En la misión había un lugar para el culto y a su alrededor los indígenas se agruparon formando comunidades. Los misioneros enseñaron tanto métodos de agricultura, como oficios y, sobre todo, doctrinas y prácticas religiosas. Aunque en un primer momento la atención a los enfermos no estuvo bien organizada, poco a poco se pudieron ir construyendo hospitales que fueron administrados por los propios frailes.

Los misioneros fueron una parte importante del dispositivo colonizador del plan español. Sabemos que recibieron protección militar. Una figura emblemática entre estos misioneros fue Fray Junípero Serra, un fraile franciscano que, con gran energía, había llevado sus misiones (escuelas y centros manuales) hasta la actual ciudad de San Francisco en California. Sabemos también que miles de indígenas se convirtieron a la fe cristiana y que los colonizadores contraían numerosas enfermedades, que en ocasiones se convirtieron en brotes epidémicos. De esto último dan cuenta los cementerios de las 21 misiones fundadas por Fray Junípero. En la atención a los enfermos los frailes eran ayudados por las personas sanas de la comunidad.

### 2.2.2. Hospitales.

España estableció colonias durante el siglo XVI y se sirvió de los tres grupos de misioneros que se habían originado recientemente en Europa, a saber, los Dominicos, los Franciscanos y los Jesuitas, que estaban listos y deseosos de poder ayudar. También otras órdenes religiosas, como Los Hermanos de San Juan de Dios y los Betlehemitas, primera orden fundada en el nuevo mundo por el tinerfeño Pedro San José Betancur. De esta forma, se fueron abriendo hospitales, universidades, misiones y otras instituciones. Siguiendo a Hernández Conesa (1996), en el año 1535 se abrió un hospital para soldados y poco después otro para indios en Perú, en Lima concretamente. La gran entrega a los demás demostrada por San Martín de Porres y Santa Rosa de Lima, junto con los demás miembros de la orden de los dominicos y otras órdenes religiosas, contribuyó a la expansión de hospitales, lazaretos y hospicios por todo el Perú a finales del siglo XVI. En este mismo siglo en Argentina y Chile los hermanos de San Juan de Dios comenzaron a organizar la asistencia en los hospitales. También los Betlehemitas asistieron a los enfermos en Argentina.

En diversos trabajos se considera que el primer hospital español en el nuevo mundo se edificó en México. Para Elizondo (1981), *“En México en 1524 Hernán Cortés fundó el Hospital de Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora”* (pp. 150-151). Según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), *“el primer hospital verdadero de América, el Hospital de la Inmaculada Concepción, fue construido y dotado por Hernán Cortés en 1524”* (p. 134). Estas mismas autoras refieren que *“con el nombre de Hospital de Jesús de Nazaret se levanta hoy todavía en la ciudad de México y refleja toda la belleza y amplitud de la arquitectura hospitalaria española”* (p. 134). Asimismo, Donahue (1985), y en la misma línea argumental, indica que:

*“el primer hospital del continente americano lo construyó Cortés en 1524 en la capital Tenochtitlán (más tarde llamada ciudad de México... Originariamente se llamó Hospital de la Inmaculada Concepción (Hospital de Nuestra señora Limpia Concepción); en la actualidad se denomina Hospital de Jesús Nazareno. Este edificio es reflejo de la belleza y espaciosidad de la arquitectura hospitalaria española”* (pp. 258-259).

Siete años después se edificó en la ciudad de México el Hospital de Santa Fe. Elizondo (1981) señala que *“el primer concilio eclesiástico de México (1555) ordenó que junto a cada iglesia se construyera un hospital”* (p. 182).

En el caso de Francia, sabemos que en 1535 Jacques Cartier desplegó la bandera francesa en el Cabo Gaspé, cerca de la desembocadura del río San Lorenzo. Al igual que en el caso de España, el contingente francés estaba formado por exploradores, frailes y colonizadores. Diversas dificultades debidas a enfermedades como el sarampión, la viruela y la tuberculosis diezmaron la población indígena. Los frailes misioneros tuvieron dificultades para combatir las enfermedades con las prácticas cuidadoras que realizaban. Las condiciones de vida a las que se enfrentaron los colonizadores fueron extremas. Así, el intenso frío hacía que en invierno viviesen durante largos meses en barracas donde el hacinamiento hacía florecer piojos y pulgas.

En la parte francesa de Canadá la Orden de los Jesuitas creó numerosos hospitales y, según señala Donahue (1985), *“las publicaciones informes de los Jesuitas suscitaron un gran interés entre los hombres y mujeres de Francia [...] La Duquesa Aiguillon [...] fundó en Québec el Hôtel Dieu (1639) del que se hicieron cargo del cuidado enfermero las Hermanas Agustinas”* (p. 259). Sin embargo, Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) sostienen que:

*“La idea de establecer en Canadá un hospital permanente partió de un jesuita y retuvo la atención de una mujer de espíritu humanitario la Duquesa de Aiguillon. Sobrina del Cardenal Richelieu”* (p. 136).

Sea como fuere, **el Hôtel Dieu de Québec** se inauguró y fue gestionado por un grupo de mujeres, al frente de las cuales estuvo, según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), Mme. de la Peltrie y un pequeño grupo de agustinianas y ursulinas. Sabemos que las monjas ursulinas eran expertas maestras y se dedicaron con entusiasmo a la creación de las escuelas para los niños indígenas. Sus hermanas agustinas se dedicaron con ahínco a cuidar a los numerosos enfermos dentro del hospital y a la distribución ambulatoria de medicamentos. Como sabemos, existían enfermedades que padecían los colonizadores y que no se daban entre los nativos. La falta de defensas que la población indígena tenía frente a ellas supuso, en

numerosas ocasiones, grandes epidemias, que junto a las batallas libradas con los jefes rebeldes, mermaron considerablemente la población autóctona.

Poco tiempo después otra mujer benefactora, Mme. de Bullion, sufragó a Jeanne Mance, quién emuló a Mme. de la Peltrie y puso rumbo a Canadá fundando **el Hôtel Dieu de Montreal**. Durante quince años atendió a los enfermos, y al modo de la hospitalidad cristiana, ayudó a todos los viajeros que pasaban por Montreal. Posteriormente, y debido a los problemas financieros, Mance regresa a Francia y allí, según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), “*se procuró los servicios de tres monjas del hospital de la sociedad de St. Joseph de la Flèche, una de las cuales fue la primera superiora del hospital*” (p. 141).

Como resultado de la Guerra de los Siete Años todas las instituciones francesas quedaron bajo el control de Inglaterra. Las monjas, tanto en Québec como en Montreal, tuvieron muchas dificultades económicas debido al cambio de administración política. Parece ser que para mantener el hospital funcionando una monja del Hôtel Dieu de Montreal tuvo una idea creativa que reportó los ingresos necesarios para mantener abierto el hospital. En el trabajo de Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) señalan que todo eran desgracias “*hasta que a una de ellas se le ocurrió la idea ingeniosa de vender pan*” (p. 141). Más tarde empezaron a producir jabón. Cosieron e hicieron otras actividades para mantener abierta su institución.

La colonización de lo que hoy conocemos como Estados Unidos sufre el influjo mayoritario de Inglaterra, y, por consiguiente, la asistencia organizada por las órdenes religiosas y misioneras no fue llevada a cabo. Por esta razón, los cuidados de enfermería no se ejercieron como en los casos mencionados de México, Perú, Argentina, Chile, Québec y Montreal. Por tanto, los primeros colonizadores ingleses no tuvieron el servicio organizado de la misión o el convento ni la experiencia hospitalaria de la monja y/o el monje. Debemos recordar que para la concepción protestante, tal y como indica Donahue (1985), “*el bienestar social era responsabilidad de cada individuo*” (p. 269). Así, los enfermos eran cuidados por sus familias y, en el caso de ingreso en hospitales, los cuidadores eran fundamentalmente personas tales como delincuentes y sirvientes asalariados sin formación ni experiencia, como hemos visto en el epígrafe anterior. Esto explica que los hospitales por las diferentes colonias en la zona americana de influencia

anglosajona tuvieran un desarrollo más lento que en los lugares colonizados por España y Francia.

Parece, en todo caso, que el primer hospital fue fundado por la Compañía Holandesa de las Indias Orientales en lo que es actualmente la ciudad de Nueva York en 1658 (ver Donahue, 1985; Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966).

En palabras de Donahue (1985) en *“1751 se fundó en Filadelfia lo que merece el nombre de hospital”* (p. 272). Sin embargo, el primer hospital de Filadelfia fue el Blockley Hospital en 1731, y, según Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), *“se parecía a los antiguos xenodoquios. Cuidaban de los abandonados, los dementes, los vagos y los que carecían de hogar”* (p. 146). Para Donahue era una “casa de caridad”, no un verdadero hospital. En cualquier caso, el trato que se dispensaba a los ingresados era deplorable, lo mismo que sucedía en los hospitales de Inglaterra en la misma época.

Paulatinamente se abrieron los siguientes hospitales: el Bellevue Hospital en 1736 en Nueva York, el Charity Hospital de Nueva Orleans en 1737 y el New York Hospital en 1771. A lo largo del siglo XIX se van a ir fundando hospitales en otras ciudades (ver Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966; Donahue, 1985).

Pero la atención a los enfermos va a mejorar sobre todo a partir de la llegada a Estados Unidos de las diaconisas formadas en Alemania, de la Hijas de la caridad y de las enfermeras profesionales educadas en la escuela del St. Thomas Hospital.

Por todo lo anteriormente expuesto, las órdenes religiosas católicas se llevaron al otro lado del atlántico la concepción tradicional de las prácticas cuidadoras, realizando la atención hospitalaria allí donde se asentaron. Por otra parte, en los lugares conquistados por los reformadores ingleses, el cuidado de los enfermos, copiando el esquema de su país de origen, fue confiado a los poderes civiles, desplazando la responsabilidad de este cuidado a la familia y provocando, en los primeros momentos, un significativo vacío de instituciones hospitalarias.

Paradójicamente, los cuidados de enfermería que se desarrollaron durante el siglo XIX tanto en Inglaterra como en Estados Unidos serán los más avanzados y darán lugar a la postre a la creación de las primeras escuelas de enfermería.

### 2.2.3. Primeras escuelas de enfermeras.

Las ideas de Nightingale, como ya hemos señalado, fueron adoptadas de forma unánime en la mayoría de los países tanto europeos como en americanos. En Estados Unidos, la Guerra Civil hizo necesario contar con las enfermeras. Se fueron abriendo gradualmente escuelas, que adoptaron como modelo educativo la concepción Nightingale.

Los primeros manuales de enfermería facilitaron la labor de las escuelas y fueron escritos bien por un comité o por enfermeras solventes. Enumeraremos a modo de ejemplo los tres primeros publicados en el siglo XIX. Destacaremos, en primer lugar, *Notas de Enfermería*, de Florence Nightingale, publicado en Inglaterra en diciembre de 1859, al que ya nos hemos referido un poco más arriba, seis meses antes de la apertura de la escuela de enfermeras de St. Thomas, y en Estados Unidos en 1860; *A Manual of Nursing*, publicado por la Bellevue Hospital Training School for Nurses de Nueva Cork, en 1878; *Nursing: Its Principles and Practice for Hospital and Private*, Hampton, de Isabel A., publicado en 1893.

Pasaremos a enumerar ahora las escuelas de enfermeras fundadas en Estados Unidos y Canadá y a continuación las de América Latina. Así, en orden de aparición las escuelas fundadas, y siguiendo a Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), se muestran en la tabla 4.1.

Llegados este punto, adelantaremos que en España la primera escuela de enfermeras fue la de Santa Isabel de Hungría, fundada en Madrid por el doctor Federico Rubio y Galí en 1896. En ese año la enfermería no existía como profesión en nuestro país, cuestión que analizaremos en profundidad en los capítulos siguientes. Además, debemos anticipar que en España, no es hasta el año 1977, cuando se produce la integración de las escuelas de enfermería en la universidad.

TABLA 4.1: Las Primeras Escuelas de Enfermería en América del Norte.

AÑO	CENTROS DE FORMACIÓN DE AMÉRICA DEL NORTE
1873	Escuela de Preparación profesional del Hospital de Bellevue, Nueva York. Escuela de Preparación profesional del Hospital General de Massachussets, Boston. Escuela de Preparación profesional de Connecticut, Hospital de New Haven.
1874	Escuela de Preparación profesional del Hospital General de la Marina, St. Catherine, Ontario, Canadá, conocida más adelante como "Escuela Profesional de Mack".
1875	Escuela de Preparación profesional del Hospital General de Montreal, Montreal.
1879	Escuela de Preparación profesional del Seminario de Spellman para enfermeras de raza negra, Atlanta, Georgia.
1880	Escuela de Preparación profesional del Hospital de Niños, San Francisco.
1881	Escuela de Preparación profesional del Hospital General de Toronto, Toronto.
1884	Escuela de Preparación profesional del Hospital Blockley, Philadelphia.
1887	Escuela de Preparación profesional del Hospital General de Winnipeg, Winnipeg. Escuela de Preparación profesional del Hospital de St. Luke, Denver. Escuela de Preparación profesional del Hospital de California, Los Ángeles.
1888	Escuela de Preparación profesional de Mills para Hombres, Hospital Bellevue, Nueva York.
1889	Escuela de Preparación profesional del Hospital de Johns Hopkins, Baltimore.
1890	Escuela de Preparación profesional del Hospital del Jubileo Real, Victoria, Columbia Británica, Canadá. Escuela de Preparación profesional del Hospital del Buen Samaritano, Pórtland, Oregón.
1891	Escuela de Preparación profesional del Hospital Harper, Detroit, Michigan.

Fuente: Adaptado (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966)

Las enfermeras de los países latinoamericanos participaron del movimiento anglosajón desde finales del siglo XIX, por lo cual sus certificados actuales contemplan la obtención de títulos académicos superiores (ver Hernández Conesa, 1995). En la tabla 4.2. mostramos una relación de centros dedicados a la enseñanza de la enfermería en América Latina.

En España, como acabamos de mencionar, se funda la primera Escuela de Enfermeras en el año 1896. La primera legislación que reconoce el título de enfermera, y, por tanto, el primer programa oficial, acontece en 1915. Los estudios de enfermería se establecen en la universidad en el año 1977. Estas fechas son claves para poder situar a la enfermería española, pero de ello nos ocuparemos en el capítulo siguiente.



TABLA 4.2. Primeras escuelas de enfermería en América Latina

AÑO	CENTROS DE FORMACIÓN DE AMÉRICA LATINA
1890	Escuela de Enfermeras Adjunta al Hospital británico de Argentina, fundada por Ana Matilde Elmes, alumna de F. Nightingale.
1894	1ª Escuela de Enfermería de México. En 1927 se consigue la obtención del reconocimiento universitario.
1902	Se abrió la 1ª Escuela de Enfermeras en Cuba
1922	1ª Escuela de Enfermeras en El Salvador.
1929	Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile.
1933	Helen Howit fundó la 1ª Escuela de Enfermeras en Panamá con una orientación estadounidense.
1937	Escuela de Enfermeras de la Universidad de Bogotá
1943	1ª Escuela Nacional de Enfermería en Nicaragua con una orientación religiosa.
1950	1ª Escuela Universitaria de Enfermería de Uruguay.

Fuente: Adaptado (Hernández Conesa, 1995)

### 3. Textos.

#### 3.1. La imagen social de la enfermera en el siglo XIX.

El prestigio y el reconocimiento social de las “enfermeras” del siglo XIX, lo podemos analizar a partir de una obra de Charles Dickens (1812-1870). Pero antes veamos en su conjunto las obras de este autor, que a través de sus sátiras describe la sociedad de su época.

En *David Copperfield*, Dickens describe su experiencia personal. Sabemos que su padre fue encarcelado por las deudas contraídas. Parece que la familia Dickens vivió en la penitenciaría hasta que el cabeza de familia quedó en libertad. *Oliver Twist* representa la forma en que los niños aprenden a hacerse delincuentes. También los niños son motivo de su libro *Nicholas Nickleby*, en el que analiza la dudosa pedagogía de su época y los negativos efectos que provocaba.

En su obra *Martin Chuzzlewit* (1844) hizo un estudio sobre el egoísmo, que le permite caricaturizar los dos tipos básicos de enfermera habituales en el siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX, que se conocen en la literatura enfermera como las enfermeras antiguas, o pre-reforma, y las enfermeras modernas, o post-reforma Nightingale; éstas últimas han intentado borrar la imagen social que se muestra a continuación:

*“... Sairey, Gamp y Betsey Brig, la primera, representaba a la asistenta contratada para cuidar los enfermos en su domicilio; la segunda, personificaba a la enfermera hospitalaria... Ambas mujeres timaban a sus patrones, engañaban a sus pacientes y les robaban sus raciones de comida y sus pertenencias. Exigían que los pacientes les pagasen por pequeños servicios adicionales y eran deliberadamente crueles con los enfermos que tenían a su merced”* (citado por Donahue, 1985; p. 232).

*“Mrs. Sara Gamp es una representación de la asistenta contratada para los pobres en su enfermedad. Los hospitales de Londres son en muchos aspectos instituciones nobles, pero en otros resultan muy defectuosos. Creo que Mrs. Betsey Brig es un buen ejemplar de enfermera hospitalaria y no el menor de los casos de mala administración; considero asimismo que los*

*hospitales, con sus medios y fondos deberían haber dejado que en 1849 la caridad y empresa privadas hicieran un intento por mejorar esta clase de personas” (p. XXVIII).*

Por otra parte, no sólo en la literatura se observa una imagen negativa de las enfermeras. La iconografía también contribuyó a propagar una visión peyorativa. En diversos museos podemos contemplar el estereotipo preconizado por Dickens. Así, en el Archive Bettmann de Nueva York se pueden observar dos cuadros diferentes dónde la Señora Gamp es el objetivo en dos situaciones distintas. En la figura 4.6. (Apéndice Iconográfico) podemos observar la obra de Frederick Barnard, en la que se representa el personaje de Sara Gamp que Dickens usa como representación de la enfermera en su obra *Martin Chuzzlewit*. Como podemos apreciar, esta enfermera tiene cerca la bebida, que es un elemento casi atávico de la imagen pública de las enfermeras pre-reforma. En la figura 4.7. se representa el estereotipo de una enfermera contratada haciendo caso omiso del sufrimiento de la persona cuidada.

No obstante, esta imagen social de la enfermera del siglo XIX ha sido puesta en entredicho recientemente por diferentes autores. Así, Nelson y Gordon (2004), en su estudio “The rethoric of rupture: Nursing as a practice with a history?”, ponen de manifiesto cómo las enfermeras de estilo antiguo, al igual que las mencionadas por Dickens, son menospreciadas cuando llega Nightingale. Sabemos que Nightingale se convierte al Catolicismo cuando entra en contacto con las Hijas de la Caridad, con las que también se forma. Según Freidson (1988), Nightingale es acogida por las Hijas de la Caridad y, <esta comunidad de mujeres “abrió sus brazos” a la joven Florence Nightingale cuando decidió convertirse al Catolicismo para seguir la llamada de Dios para que cuidara al enfermo> (p. 13). Además, Gordon y Nelson (2004) citan a Freudenheim (1997), quien sostiene que

*“Como parte de la formación diaria, una Hija de la Caridad era enseñada a cuidar del enfermo en la propia enfermería de la comunidad (de las hermanas que estaban enfermas), también se les enseñaba cómo crecían las hierbas medicinales, eran formadas en todo lo relacionado con el boticario y cómo realizar la cirugía menor además de aplicar sanguijuelas – los tratamientos médicos de la época” (p. 257).*

En cuanto al éxito de Nightingale en la reforma de la enfermería, Gordon y Nelson (2004) defienden que buena parte del éxito de Nightingale se debió seguramente al conocimiento clínico y la habilidad organizativa de las hermanas anglicanas.

La historiadora británica Anne Summers defiende también el papel de las enfermeras hermanas anglicanas en los siguientes términos:

*“Anne Summers argumenta que, de hecho, estas hermanas anglicanas, como enfermeras más experimentadas y mejor formadas en la práctica en el país, fueron las que crearon la norma del cuidado y la organización en los hospitales universitarios en Londres. Su competencia clínica se desarrolló a partir de su trabajo privado con los cirujanos más destacados, cuyas técnicas innovadoras eran llevadas a cabo con los pacientes que había en casas de salud privadas y cuyos éxitos operativos dependían de su cuidado experto postoperatorio. Más que ser reconocidas por su contribución al desarrollo de la enfermería secular profesional, las enfermeras religiosas, como la Sarah Gamps de Charles Dickens, también fueron vilipendiadas como enfermeras “antiguas” con la llegada de la enfermera Nightingale” (Citado en Gordon y Nelson, 2004), (p. 257).*

La historiografía atribuye a Florence Nightingale la reforma de la enfermería, pero, en nuestra opinión, algunas otras mujeres han sido ignoradas, habiendo sido sus aportaciones, sin embargo, cruciales para el éxito obtenido por Nightingale y, que estudiaremos más adelante en este capítulo.

### **3.2. Los escritos de Nightingale.**

La obra impresa de Nightingale está compuesta por un total de 147 textos que tratan de enfermería, hospitales, sanidad, salud, administración, pero también una amplia gama de otros temas, incluidos la estadística, filosofía. Teniendo presentes nuestros fines, destacaremos dos de sus obras más emblemáticas.

Su texto más famoso, publicado en el año 1859, es *Notas de enfermería*. En opinión de su biógrafo, Sir Edward Cook, es el mejor de sus libros, además del más conocido. La autora tenía 39 años cuando fue publicado por primera vez, en

diciembre de 1859. En el prefacio de la edición castellana de esta obra se puede leer lo siguiente:

*“De ninguna manera estas notas tienen la intención de ser una regla de pensamiento por la cual las enfermeras puedan enseñarse a sí mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar. Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de la salud de otros.*

*Toda mujer, o al menos casi toda mujer, en Inglaterra, ha tenido a su cargo en algún momento de su vida la salud personal de alguien, sea un niño o un inválido – en otras palabras, cada mujer es una enfermera –. Cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, el conocimiento de la enfermería, en otras palabras, el arte de mantenerse en estado de salud, previniendo la enfermedad, o recuperándose de ella. Se le reconoce como el conocimiento que todo el mundo debe tener –distinto del conocimiento médico, propio solamente de una profesión.*

*Por consiguiente, si cada mujer, en algún momento de su vida, tiene que ser una enfermera, es decir, tener a su cargo la salud de alguien, qué inmenso y qué valioso sería el fruto de sus experiencias unidas si cada mujer pensara bien cómo cuidar a otros”.*

No pretendo enseñarle cómo, le pido a ella que aprenda por sí misma y con este fin me aventuro a darle algunas ideas” (pp. XXV-XXVI).

No hace falta ser un lector muy avezado para interpretar este prefacio y concluir que la propia autora no tenía una intención propedéutica. Por tanto, lo que ya hemos señalado en el segundo capítulo de este trabajo sobre la pertinencia de atribuir a la figura de Florence Nightingale el honor de ser la primera enfermera teórica, y, por tanto, la fundadora de una disciplina y una profesión, en nuestra opinión, no constituye un sólido argumento. Sin embargo, la “Dama de la Lámpara”, como también es conocida, indudablemente marcó un antes y un después en la enfermería anglosajona. Sus relaciones con personajes de la política del momento favorecieron sin duda un cierto protagonismo. No vamos a cuestionar, a estas alturas, el reconocimiento que se le debe a esta gran enfermera. Sin embargo, en la

vertiente disciplinar consideramos que, si bien es cierto que su libro *Notas de enfermería*, se convirtió en libro de texto para las primeras escuelas de enfermeras, su aportación a la enfermería moderna en ningún caso ha sido una contribución teórica. Si bien sus aportaciones empíricas sirvieron para mejorar las condiciones de los enfermos en los hospitales tanto militares como civiles, los resultados de sus trabajos nunca han constituido un saber compartido por todas las enfermeras. Es decir, sirvió más bien a los fines de otras disciplinas. Sus observaciones no la condujeron a teorizar en el dominio de la enfermería, lo cual nos parece cuanto menos sorprendente, en una mujer que dominaba las matemáticas, con una gran capacidad analítica, que escribía con facilidad y además tuvo poder e influencia. Además, creemos firmemente que sirvió fielmente a los poderes políticos, independientemente de sus escritos, denunciando las situaciones que vivían los heridos en la Guerra de Crimea, quizás debido a sus fuertes convicciones religiosas y a una suerte de mesianismo que pudo tener también interesantes efectos mediáticos en su época. En las figuras 4.8., 4.9. y 4.10. hemos incluido las portadas del libro *Notas de Enfermería* en dos ediciones diferentes. En las figuras 4.8. y 4.9. aparece la edición de 1860, publicada en Londres y la figura 4.10. se corresponde con la publicación del año 1866, editada en Boston.

Según Santo Tomás (2000), Nightingale escribió su ensayo *Cassandra* durante su estancia en Kaiserswerth. En este ensayo Nightingale relata la vida de una joven dama de la sociedad victoriana en uno cualquiera de los días de su existencia.

Durante la guerra de Crimea fue recogiendo sus opiniones sobre todo aquello que vivía y sobre lo que acontecía. Según Donahue (1985), "*Miss Nightingale publicó sus propias opiniones en un libro de ochocientas páginas titulado Notas sobre las cuestiones relativas a la salud, eficacia y administración hospitalaria del ejército británico*" (p. 247). Este libro no sólo trata de sus opiniones sino que, como señala Donahue, "*incluía una sección de estadísticas acompañadas de gráficas*" (p. 247). Sabemos que estas estadísticas se convirtieron en un argumento definitivo que Nightingale utilizó y que con ello se mejoraron los cuidados en los hospitales de Inglaterra.

#### **4. Los saberes sobre el cuidado y la cultura médica.**

En este apartado señalaremos los descubrimientos que de forma directa o indirecta van a influir en las prácticas del cuidado y en la praxis enfermera. Así, los hallazgos de medicamentos como la penicilina y la aspirina revolucionarán la terapéutica farmacológica, recayendo sobre las enfermeras la administración de los fármacos. Por otra parte, el desarrollo de instrumentos y aparatos (estetoscopio, fonendoscopio, termómetro), modificarán de forma notable la atención a los enfermos. Además, las diversas aportaciones sobre Higiene (asepsia, lavado de manos, aislamiento) serán fundamentales para la nueva praxis de los diversos estamentos dedicados al cuidado de la salud.

Los conocimientos médicos después de Vesalio, Falopio y Paré se desarrollaron de manera definitiva en el siglo XVI. Entre los siglos XVII y XX también se produjeron cambios importantes. Pasemos a revisar algunos de los más relevantes.

El inglés William Harvey (1578-1657) impulsó de forma espectacular la fisiología, al descubrir el sistema de la circulación de la sangre, defendiendo la idea de que el corazón actuaba como una bomba central. Pese al apodo de “Circulador” y mofa de sus contemporáneos el tiempo le dio la razón.

Por su parte, el monje jesuita Athanasius Kircher (1602-1680) explicó la relación, sirviéndose de un microscopio, de los microorganismos con la infección, y Anton van Leeuwenhock (1632-1723) mejoró de manera espectacular aquel instrumento.

El inglés Thomas Sydenham (1624-1689) insistió en la antigua práctica hipocrática de la observación de los síntomas de forma minuciosa, describiéndolos con detalle y restableciendo el punto de vista clínico. Además, influyó por la descripción detallada de las enfermedades prevalentes, y recomendaba el aire fresco en la habitación del enfermo. Había reorientado la atención de los médicos hacia el estudio de los síntomas y la observación de las diferencias entre las distintas enfermedades. A través de las medidas de aislamiento de las personas enfermas se conseguía evitar el contagio de las demás personas. Además, se

disponía en esta época de mayores conocimientos de anatomía y fisiología. A mediados del siglo XIX, se popularizó la utilización de un número de instrumentos que ayudaron a que el médico fuese más preciso y exacto. Así, el estetoscopio, el termómetro de mercurio, el microscopio y los rayos X cambiaron la manera de examinar y atender por parte de los médicos.

Por su parte, y como sabemos, el tratamiento de los enajenados hasta la última parte del siglo XVIII se caracterizó, sobre todo, por su falta de humanidad. El cuáquero William Tuke, en Inglaterra, y en Francia Philippe Pinel contribuyeron al abandono de la práctica habitual de encadenar a los orates ingresados.

El inglés Edward Jenner descubrió en 1798 la vacuna contra la viruela y de esta forma contribuyó a la salud de la humanidad evitando las numerosas epidemias que desde antiguo asolaron el mundo. En Viena, Ignaz Semmelweis logró, en 1867, reducir el porcentaje de defunciones en puérperas, utilizando mediadas higiénicas antes de explorar a las mujeres, es decir, el lavado de manos. Publicó, en este sentido, un trabajo con el título de *Etiología, carácter y profilaxis de la fiebre puerperal*. Sus contemporáneos se negaron a aceptar su experiencia y no sólo se burlaban de él, sino que el acoso al que fue sometido le originó un colapso mental.

El profesor de Anatomía de la Universidad de Harvard, Oliver Wendell Holmes, a partir de la observación de las puérperas, llegó a una opinión que anticipaba la asepsia obstétrica moderna. En 1843, publicó *On the contagiousness of puerperal fever*. También el antes que Semmelweis fue desaprobado en los círculos médicos.

En 1846 Crawford, Long y Morton introdujeron como anestésico general el éter y, un año más tarde, Sir James Simpson, en Inglaterra, utilizó el cloroformo como anestésico.

También Louis Pasteur (1822-1895) facilitó el camino para la comprensión de las causas y los medios de transmisión de las enfermedades contagiosas. Su concepción de las bacterias como fuente de infección contribuyó a un cambio vertiginoso en la medicina. Este genial químico francés realizó experimentos en pollos, inoculándoles el vibrión colérico y el ántrax y estableció el fundamento por el cual se podrían producir vacunas para la prevención de las enfermedades.



El médico alemán Robert Koch (1834-1910) descubrió las causas de la tuberculosis, atribuyéndola a un bacilo. Publicó métodos de técnicas de laboratorio que permitieron a otros replicar y verificar sus trabajos.

Con Lord Joseph Lister (1827-1912) se empezaron a descubrir los medios para destruir los gérmenes patógenos. Utilizó, fundamentalmente, el ácido fénico como antiséptico y podemos atribuirle la prevención de la infección quirúrgica al utilizar la desinfección de la piel antes de una intervención quirúrgica.

Emil von Behring introdujo un nuevo principio, el uso del suero de animales inmunizados para la prevención de la difteria.

Ya a finales del siglo XIX, concretamente en 1898, Marie Curie y Pierre Curie aislaron el radio, que se usó en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer.

Como hemos mencionado, desde el siglo XVII al XIX, la medicina a través de todos los descubrimientos que hemos narrado, experimenta un gran avance y va a necesitar personal convenientemente adiestrado que les permita administrar a los enfermos la terapéutica farmacológica, a lo largo de las veinticuatro horas del día Y que lleve a cabo un seguimiento más pormenorizado del paciente, en buena medida gracias a los nuevos instrumentos desarrollados al respecto. Este fue un elemento importante, como iremos viendo a lo largo de este trabajo, que contribuyó a una determinada orientación de la enseñanza y praxis de las enfermeras modernas y que ha contribuido también a configurar las señas de identidad enfermera.

## 5. Figuras.

### 5.1. Florence Nightingale.

Hablar de Florence Nightingale significa hablar de la profesionalización de la enfermería moderna. Nacida en Florencia, en 1820, se educó en Inglaterra dónde recibió una esmerada formación, que incluía materias como Literatura, Filosofía, Teología o Economía. Dominaba varios idiomas, incluidos los clásicos y fue maestra de matemáticas superiores. Sus inclinaciones hacia la enfermería no fueron bien vistas por sus padres, dadas las condiciones hospitalarias y el desprestigio de las enfermeras de la época. Según Donahue (1985), “*durante los 16 años que le costó el vencer los obstáculos familiares...*” (p. 240) viajó por numerosos países y conoció en Roma al matrimonio Herbert, que será fundamental en su vida. Diversos trabajos (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966; Donahue, 1985; Santo Tomás, 2000, entre otros) relatan los viajes de Nightingale por Europa y Egipto. Sabemos que tuvo una estancia corta en Kaiserswerth, donde más tarde regresaría. También, en esos viajes, conoció la labor de las Hermanas de la Caridad. Como ya hemos señalado, estudió en el Instituto Kaiserswerth, y en París, con las Hermanas de la Caridad de la Maison de la Providence en 1853, donde se convierte al catolicismo. Cuando regresa a Inglaterra obtiene su primer trabajo como Superintendente de la Institución de Damas Inválidas Inglesas. Su labor allí era planificar un hospital que proporcionase las mejores atenciones a las enfermas ingresadas. Durante un año trabajó en este proyecto y, cuando pensaba que debía realizar otros cometidos, recibió una carta de su amigo Sydney Herbert, pidiéndole su colaboración para liderar un grupo de enfermeras, cuyos servicios eran necesarios en los hospitales militares en Crimea para mejorar las condiciones en que se encontraban los soldados heridos. En la figura 4.11. representa la recepción que Mrs. Nightingale brinda a los soldados heridos a su llegada al hospital. En 1884 Sidney Herbert era Secretario de Guerra. En numerosos trabajos se recoge cómo fue la trayectoria de Nightingale en Crimea (ver Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966; Donahue, 1985; McInnes, 1990; Santo Tomás, 2000).

Como sabemos, en la Guerra de Crimea una coalición formada por Inglaterra, Francia y Turquía se enfrentaba a Rusia. Recordemos que la asistencia de las Hermanas de la Caridad era importante en Francia, de modo que los heridos

del bando francés eran atendidos con gran dedicación por estas monjas. Según parece, en los hospitales de campaña de Rusia estaban a cargo de los heridos las Hermanas de la Merced. La situación de los heridos ingleses era bastante precaria y se necesitaban enfermeras. Sobre este particular, McInnes (1990) refiere que:

*“Una carta a The Times al principio de la Guerra de Crimea, justo después de la Batalla de Alma, se preguntaba por qué el Cuartel General del Hospital en Scutari carecía de los suministros imprescindibles para el cuidado de un enfermo de una unidad y otro se preguntaba por qué el ejército inglés no tenía Hermanas de la Caridad como las que existían en la enfermería francesa. Acto seguido, el ministro de la Guerra, Sydney Herbert, escribió a Florence Nightingale, la única persona que conocía que fuera capaz de organizar y supervisar un servicio enfermero femenino adecuado para los hospitales militares, donde las únicas enfermeras que había carecían de rango y experiencia” (p. 119).*

Parece, pues, que ante la agitación provocada en los medios de comunicación, Sidney Herbert decide enviar un contingente de enfermeras lideradas por Nightingale. De este modo, Florence Nightingale fue nombrada superintendente del *Family Nursing Establishment of the English General Hospitals* de Turquía. Parte hacia la Guerra de Crimea y, concretamente, hacia el hospital de Scutari, acompañada por 38 enfermeras. Donahue (1985) refiere que el grupo estaba formado por *“diez hermanas católicas de Bermondsey, ocho hermanas anglicanas de la Orden Selonita, seis enfermeras de la Saint John’s House y otras catorce de diversos hospitales” (p. 242).*

Asimismo Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966) señalan que

*“Fue muy difícil encontrar enfermeras apropiadas, pero finalmente se organizó una unidad de treinta y ocho en conjunto, esto es: diez Hermanas católico-romanas; ocho Hermanas de la Merced y seis Hermanas de la Casa de San Juan, las dos órdenes de la iglesia inglesa, y catorce enfermeras prácticas del personal de diversos hospitales” (pp. 168-169).*

El éxito de Nightingale fue reducir la tasa de infección y mortalidad total a un 2.2% en seis meses (anteriormente se cifraba en un 42%). A su regreso a Inglaterra,

el pueblo inglés le regaló 50.000 libras. Con este dinero organizó la Fundación Nightingale, que más tarde serviría para crear una Escuela de Enfermeras en la que, como hemos estudiado anteriormente, se desarrolló el primer programa de formación de enfermeras.

No todo fue fácil para Nightingale. A su vuelta a Inglaterra se encontró con una fuerte oposición, en la mayoría de los médicos de Londres y dentro del propio St. Thomas Hospital, encabezada por el cirujano John Flint South, quien publicó un folleto bajo el título de *Hechos relativos a las Enfermeras Hospitalarias* (1857), y en el que afirmaba: “*en lo que respecta a las enfermeras o asistentes de sala, están en una posición muy similar a las asistentes de hogar, y necesitan pocas enseñanzas más allá de la preparación de cataplasmas*” (Donahue, 1985, p. 248).

Sin embargo, en sólo tres años, Nightingale logró convencer que sus ideas innovadoras eran acertadas, y así, como comenta McInnes (1990),

*“los prejuicios de John Flint South contra la reforma de la Enfermería no eran compartidos por la mayoría de sus colegas o por los gerentes del hospital. El tesorero y el limosnero, según se reflejaba en el acta del Gran Comité de 12 de junio de 1860, en relación al establecimiento médico y quirúrgico, añadían:*

*“No podemos concluir este informe sin expresar nuestra gran satisfacción en relación a los cambios que se han producido recientemente en el departamento de Enfermería de una parte del hospital y confiamos en que se adoptarán rápidamente en las restantes unidades”* (p. 124).

Recordemos que esta primera reforma fue llevada a cabo por Mrs. Sarah Wardroper en 1854, en el St. Thomas Hospital. La figura 4.12. nos ayuda a imaginar la particular filosofía hospitalaria del St. Thomas, el especial cuidado que se tenía con la decoración, el mobiliario y la distribución de los espacios. La reforma enfatizaba además la importancia de la educación como elemento clave en la asistencia a los enfermos.

Al año de implantarse el programa de estudios, la opinión sobre la Escuela Nightingale puede ser constatada a partir de la referencia de McInnes (1990):

*“Los nuevos acuerdos fueron igualmente satisfactorios para las enfermeras en prueba desde el punto de vista del Comité del Fondo de Nightingale y al cumplirse el primer año del acuerdo, el 1 de julio de 1861, el Sr. Henry Bonham Carter escribió al tesorero comunicándole que el comité deseaba expresarle sus agradecimientos por la manera satisfactoria en la que se habían llevado a cabo los acuerdos y su percepción de que existía una cooperación efectiva y cordial entre todos los oficiales del hospital”* (p. 124).

La influencia de esta mujer también se dejó sentir en la India. Durante veinte años trabajó en el proyecto para la reforma sanitaria de esta país, tal y como señalan Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), escribiendo entre otros informes dos trabajos *“uno sobre Cómo puede el pueblo vivir y no morir en La India, y el otro sobre Cómo algunas gentes han vivido y no han muerto en La India”* (p. 176). Parece que todos sus escritos condujeron al cambio de reglamentaciones sanitarias para controlar gradualmente las condiciones de salubridad en la India. Según Donahue (1985), estos escritos a los que nos hemos referido se publicaron bajo los títulos respectivos de *Sobre la situación sanitaria del ejército en La India* (1863) y *¿Vida o muerte en La India? (1873)”* (p. 248).

En cualquier caso, podemos afirmar que esta ilustre enfermera se convirtió en una autoridad mundial en cuestiones relacionadas con los aspectos sanitarios en el ejército, hospitales e, incluso, en las ciudades. Parece que las consultas que se le hacían para la apertura de hospitales procedían de muchos países, además, obviamente, de Inglaterra, Canadá, Australia, Estados Unidos.

Inglaterra no sólo tuvo una heroína de la Guerra de Crimen, sino que consiguió proponer un personaje ejemplificador (ver figura 4.13. del Apéndice Iconográfico). Ha sido una de las mujeres más laureadas de todos los tiempos (ver figuras 4.14. del Apéndice Iconográfico). Esta enfermera que nació en Florencia en el año 1820, murió a los noventa años en 1910.

## **5.2. Aportaciones de otras pioneras de la enfermería.**

Algunas de sus ideas fueron desarrolladas a partir de otras mujeres de quienes la historiografía parece haberse olvidado; entre ellas conviene recordar, por ejemplo, a Elizabeth Davis, quien acompañó a Nightingale a Crimea; las Hermanas

de la Misericordia (particularmente la madre Mary Moore), mentora de Nightingale en Crimea; y la hermana Mary Jones de la St. John's House. Mary Jones frecuentemente visitaba a Nightingale, y, como hemos señalado anteriormente, fue ella quien le proporcionó la documentación a partir de la cual elaboró el sistema para la Escuela Nightingale.

Por otra parte, Nightingale parece ignorar a las enfermeras de su época cuando escribe en *Notas de Enfermería* (1990) lo siguiente: “*el arte de la enfermería como es practicado ahora parece estar expresamente constituido para deshacer lo que Dios ha provocado, que sea una enfermedad Vg., un proceso reparador*” (p. 3). Efectivamente, aunque la mayor parte de las enfermeras no tenían una formación ideal, muchas de ellas eran, a pesar de las circunstancias, excelentes profesionales.

Por otra parte, alrededor de Nightingale había enfermeras tan expertas y respetables como Elizabeth Davis, que ejercía en el *St. Thomas* y que acompañó, como ya hemos indicado, a Nightingale a Crimea. Acabó publicando sus comentarios sobre la guerra, en los que manifiesta su enojo por la forma despectiva en que Miss Nightingale la trataba. Miss Davis fue una enfermera concienzuda, competente y nada tenía que ver con la enfermera pre-reforma, caracterizada por Dickens en el personaje de Sarah Gamp. Nightingale parece no haber conocido enfermeras pre-reforma tan competentes como lo fue Miss Davis.

Como hemos señalado en el apartado de instituciones, el Instituto Kaiserswerth tenía implantado un programa de formación, como también lo tenían las Hermanas de la Caridad, con las que Nightingale había estudiado en París. Entendemos que ambas instituciones fueron relevantes para el modelo de escuela que fundó.

Por otra parte, en 1840, Elizabeth Fry creó el *Institute of Nursing* para preparar enfermeras que se dedicasen al cuidado de enfermos en su propio domicilio. Realizaban prácticas en Guy's Hospital, pero sin recibir instrucción formal. En 1848 Miss Sellon fundó una hermandad protestante y el obispo de Londres inauguró St. John's House, “*para elevar el carácter de las Enfermeras, a través de su formación práctica en un curso regular debería prepararlas para su llamada profesional*” (McInnes, 1990, p. 115). Estas instituciones, de marcado carácter

religioso, pretendían proporcionar a las enfermeras una instrucción elemental en lectura, cálculo y escritura, y una formación moral, pero la única educación sanitaria que recibían las mujeres procedía de la adquirida mediante la práctica y la observación de enfermeras con experiencia.

Aunque la reforma de la enfermería llevada a cabo durante la segunda mitad del siglo XIX se atribuye exclusivamente a Florence Nightingale, consideramos que se olvida que su iniciativa de creación de la escuela de enfermeras se encuadra dentro de un movimiento más amplio, y que vino precedida por la actividad de hermandades cuáqueras, como la *Institution for Nursing*, fundada en 1840 por Elizabeth Fry (quien es asimismo conocida por su acción humanitaria a favor de las mujeres encarceladas y que veremos a continuación).

*St. John's House* fue la primera institución que insistió en la formación práctica de las enfermeras con carácter sistemático y organizado dentro de los hospitales, y la primera, asimismo, en colocar a sus enfermeras en hospitales tras completar su formación. Su estructura se diferenciaba de otras hermandades anglicanas. El consejo estaba formado por veinticuatro hombres, muchos de ellos clérigos importantes o doctores del *King's College*, bajo la presidencia del obispo de Londres. Para las enfermeras no existían votos, ni de pobreza, ni de obediencia monástica, no llevaban hábitos, aunque sí uniforme, y estaba absolutamente prohibido aportar dote alguna. Podían optar por vivir en comunidad o independientemente. Asimismo podían elegir por una dedicación completa o parcial. Algunas de sus componentes optaban por trabajar tres meses al año. Las alumnas debían pagar entre diez y quince libras al año y las hermanas cincuenta libras al año, para cubrir los gastos de su alojamiento y manutención. No recibían salario alguno, considerando su actividad como altruista, misional, más que profesional. Se exigía que pertenecieran a la Iglesia Anglicana. *St. John's House* se inspiró profundamente en la estructura y filosofía de las hermandades de la Iglesia Anglicana dedicadas a la formación de maestras. Una figura fundamental fue Mary Jones, nombrada dama superintendente de *St. John's House* en 1853, siendo la superintendente la responsable máxima de la comunidad. Asimismo pretendían tener total autonomía en su función de enfermería dentro de los hospitales donde prestaban sus servicios.

Sabemos que Florence Nightingale y Mary Jones compartieron una gran amistad y muchas opiniones comunes sobre la enfermería y la formación de futuras enfermeras. De hecho, Nightingale se inspiró en las normas de *St. John's House* y los consejos de Jones, para organizar su escuela. En 1862 Nightingale abrió una escuela de matronas en el *King's College Hospital*, cuyas alumnas eran miembros temporales de *St. John's House*. Cuando Mary Jones se separó de la hermandad, Nightingale decidió que la escuela de matronas siguiera bajo su dirección, o desapareciera si ello no era posible.

Mencionemos finalmente otra mujer clave en el desarrollo de la enfermería moderna. Ethel Manson, jefa de enfermería de *St. Bartholomew's Hospital* hasta 1887. Mejoró la alimentación de las enfermeras y su horario de trabajo. Continuamente solicitaba a los gobernadores mejoras salariales para los sirvientes y las personas con responsabilidades especiales. Extendió el periodo de formación de las aspirantes a enfermeras a tres años e introdujo, en 1885, un curso de tres meses para aspirantes especiales o damas. Gracias a la presencia de estas damas voluntarias se logró que las enfermeras dispusieran de un día libre al mes y las enfermeras jefas de sala de un fin de semana. Fundó el *Trained Nurses' Institute* para facilitar que las enfermeras de *St. Barts* pudieran actuar como enfermeras privadas. Tras abandonar el hospital en 1887 y contraer matrimonio con el Dr. Benfrod Fenwick, continuó su actividad a favor de una profesionalización mayor de las enfermeras.

En 1888 Ethel Manson fundó la *British Nurses' Association*, como grupo de presión para conseguir valoración social y un registro nacional de enfermeras. Fue la primera asociación de este estilo en el mundo. Contó con el apoyo del príncipe Christian, y en 1892 logró que se proclamase una carta real de derechos y deberes de las enfermeras, obteniendo la acreditación real con el título *The Royal British Nurses Association*. En este mismo año fue presidenta del *English Nursing Department* en la *Exhibición Internacional* de Chicago. Asimismo, en 1893 compró y comenzó a editar el *Nursing Record*, que pasó a llamarse más tarde *British Journal of Nursing*. En 1894 fundó el *Consejo de Matronas de Gran Bretaña e Irlanda*. En 1904, fundó el *Consejo Nacional de Enfermeras de Gran Bretaña e Irlanda*. En 1912 propuso la creación de la *Fundación Internacional Florence Nightingale*, para facilitar



becas a enfermeras. Apoyó activamente el movimiento sufragista, siendo la representante de las enfermeras en el *Comité de la Unión Nacional de Sociedades para el Sufragio de las Mujeres*, y encabezó la representación de enfermeras en la gran marcha del *Suffrage Saturday*, celebrada en junio de 1908. Desde 1904 a 1914 presentó todos los años al Parlamento una propuesta de ley para conseguir el registro nacional de enfermeras. Después de la primera Guerra Mundial, en 1919, el Gobierno presentó finalmente una propuesta de ley, que fue aprobada, y en 1920 se celebró el primer Consejo General de Enfermería, en el que participó Ethel Manson, conocida entonces como Mrs. Bedford Fenwick, tras encabezar el registro de enfermeras por el que tanto había luchado (ver Apéndice Iconográfico figura 4.15.).

No cabe duda que la enfermería se organiza a nivel internacional a partir del modelo Nightingale. El liderazgo ejercido por Nightingale es incuestionable. Pero, no es menos cierto que ese modelo está impregnado en los valores de la Inglaterra victoriana.

A nivel internacional, en el año 1899, se funda el *Consejo Internacional de Enfermeras*, siendo la más antigua de las organizaciones profesionales para profesionales de la enfermería. En 1901 se celebró la primera reunión en Nueva York. Los objetivos de esta asociación eran difundir documentación entre las enfermeras de todos los países, para debatir los aspectos ligados al desarrollo profesional, y mejorar las condiciones de trabajo.

En Estados Unidos, en el año 1898, Sophia Palmer llevó a cabo una declaración pública sobre la enseñanza superior y más concretamente sobre la licenciatura, siendo su propuesta apoyada por las asociaciones profesionales. En este mismo año, diversos estados, como Nueva York, Nueva Jersey, Virginia y Carolina del Norte, promulgaron leyes para acreditar a las enfermeras. Anteriormente, en 1901, Nutting introdujo en el John's Hopkins Hospital un curso teórico de seis meses de duración, con objetivos de formación teórica que no se basaban de modo exclusivo en el aprendizaje de un servicio. Es de destacar que la Escuela de Enfermería de la Universidad de Minnessota fue la primera, en 1909, en integrarse en la estructura Universitaria.

Otros logros interesantes para la enfermería de la época fueron la publicación de la primera revista de enfermería en 1900. El número uno de *The American Journal of Nursing* en octubre de ese año, publicado en Filadelfia por la *Associated Alumnae of Trained Nurses of the United States*.

### **5.3. El papel de los reformadores sociales en el desarrollo de la enfermería.**

Estos logros que acabamos de mencionar se deben de alguna forma a la labor llevada a cabo por los reformadores sociales. Destacaremos a continuación tres personajes de gran relevancia para la enfermería y que, desde la filantropía consiguieron mejorar las condiciones de vida de la población. Los esfuerzos humanitarios de John Howard (1727-1789), Elizabeth Gurney Fry (1780-1845) y Dorothea Lynde Dix (1802-1887), a través de las reformas sociales que animaron, propiciaron la recuperación histórica de la enfermería.

En el caso de John Howard, quizás una experiencia personal, como prisionero de guerra en Francia fue lo que le impulsó a preocuparse de la situación de las personas ingresadas en cárceles, lazaretos y hospitales, y llevó a cabo numerosos estudios para hacer públicas las situaciones de estas personas en las instituciones donde estaban recluidas. Sus esfuerzos se vieron culminados por numerosas reformas carcelarias. Según señalan Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), “*escribió un libro sobre hospitales y lazaretos. Sus comentarios eran acertados y su observación objetiva y no influenciada por su creencia calvinista*” (p. 155). Sabemos que en sus viajes conoció la obra de las órdenes religiosas católicas y que habló favorablemente de las Hermanas de la Caridad y de las Beguinas.

Veinticinco años después de la muerte de John Howard, Elizabeth Gurney Fry recogió el testigo en la lucha por las condiciones de las mujeres recluidas en la prisión de Newgate. Allí fundó una escuela para niños y proporcionó libros y materiales para aquellas mujeres que quisiesen aprender a leer y coser (ver Donahue, 1985). Como ya hemos señalado en este mismo capítulo, fue la creadora de un *Instituto de Enfermería* (ver figura 4.16.)

En Estados Unidos Dorothea Lynde Dix también llevó a cabo una labor filantrópica. Esta mujer, y antes de dedicarse de lleno a las actividades reformadoras, había sido maestra, dirigiendo su propia escuela privada en

Massachussets. Un problema de salud cuando visitaba Inglaterra la dejó con una salud precaria. Al recuperarse totalmente, y según refieren Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza (1966), *“sentía a la vez simpatía e interés por los reformadores”* (p. 157). Como Howard y Fry, comenzó su labor observando la situación de las personas en las cárceles, y después de arduos esfuerzos logró que se realizasen cambios importantes, sobre todo en el ámbito de la salud mental. Siles (1999) subraya que *“se percató de que la mayoría de los presos eran, en realidad, enfermos mentales que no recibían ningún tipo de tratamiento”* (p. 226).

Durante veinte años trabajó incansablemente y consiguió que la atención a estos enfermos se llevase a cabo en los hospitales y no en las cárceles, es decir, que las personas recluidas, supuestamente criminales, fueran valoradas y diagnosticadas correctamente. El éxito del programa llevado a cabo por Miss Dix fue exportado posteriormente a Inglaterra y al resto de Europa (ver figura 4.17.).

## 6. Conclusiones.

Podemos afirmar que el Renacimiento y la Ilustración produjeron, en Occidente, una serie de revoluciones. Así, además de la revolución artística y cultural, se inició el proceso de gestación de las naciones-estado, lo que podríamos considerar también una revolución política. La revolución científica se inicia con Copérnico y Galileo, y la revolución geográfica con el Descubrimiento de América. Teniendo presente nuestros fines, en este capítulo hemos intentado analizar en mayor profundidad la revolución religiosa y la revolución en el ámbito de la salud.

En cuanto a la Reforma y su relación con el ámbito de la salud, hemos estudiado el desarrollo de las instituciones hospitalarias así como los centros de formación tanto en Europa como en América. Por otra parte, la organización eclesiástica, diferente en el mundo católico y en el mundo protestante, influyó directamente en la organización de las prácticas cuidadoras. La respuesta católica a las implicaciones de la Reforma en el ámbito del cuidado condujo a la proliferación de órdenes religiosas que continuaron la labor iniciada en los siglos anteriores. De este modo, en el cuidado de la salud, los religiosos y religiosas continuaron brindando la ayuda a los pobres, afligidos y enfermos, tanto en los países católicos europeos como en las colonias americanas.

En la Europa protestante, los cuidados de la salud, como hemos señalado, pasan a ser responsabilidad de la familia y de los poderes civiles. Hemos analizado en profundidad un modelo paradigmático, el modelo inglés. En este marco observamos como la asistencia a los enfermos en los hospitales va a ir paulatinamente mejorando, a medida que las hermandades protestantes se van fundando y comienza su labor asistencial hospitalaria y también domiciliaria. Todo ello culmina con la Reforma de la Enfermería Moderna, llevada a cabo en Inglaterra a mediados del siglo XIX. Podemos afirmar que las prácticas cuidadoras que durante siglos se vienen realizando, se sistematizan a partir de la creación de la primera escuela de enfermeras del mundo en el *St. Thomas Hospital*, lo cual no quiere decir que antes no hubiese habido formación y sistematización en la praxis cuidadora. Sabemos a través de las evidencias documentales que en el mundo católico se habían dado situaciones que así lo demuestran. Así, las hermanas de la Caridad en París, o los hermanos Obregones en España son dos buenos ejemplos en el mundo

católico que ilustran la práctica cuidadora y la lógica de la formación enfermera antes de Nightingale. También hemos estudiado en este capítulo la formación de las diaconisas del *Instituto Kaiserswerth*, de las enfermeras del *Institute of Nursing* fundado por Fry y de la hermandad protestante de *St. John' House*, como ejemplos del mundo protestante.

En nuestra opinión, la emergencia de la enfermería profesional laica, llevada a cabo por Nightingale, fue la culminación de pequeñas reformas previas llevadas a cabo por otras mujeres enfermeras, bien laicas o pertenecientes a diferentes hermandades religiosas y por los reformadores sociales.

Si bien es cierto que la profesión enfermera se seculariza con Nightingale (recordemos que el Fondo no estaba vinculado a ninguna hermandad religiosa), no es menos cierto que las fuertes convicciones religiosas de Nightingale se reflejan una y otra vez en su libro *Notas de Enfermería*. Por tanto, la enfermería post-reforma, tal y como se la conoce en los países anglosajones, o, en términos más generales, la enfermería profesional moderna, está influenciada por los valores religiosos que orientan las prácticas cuidadoras. Además, la imagen pública de la nueva enfermera que se recoge en los monumentos, iconografía, en el mundo anglosajón proyecta una imagen vinculada a valores morales y dentro de contextos, que en algunos casos están destinados al culto religioso, tal y como se puede apreciar en las catedrales de San Patricio, en Nueva York, Washington y Nôtre Dame, en Montreal. En la figura 4.18. y 4.19. podemos apreciar las puertas de bronce de la catedral de San Patricio en Nueva York. En ella se representa a Mrs. Seton, fundadora de las hermanas de la Caridad (1809) de Emmitsburg (Meryland), que en un primer momento fueron conocidas como hermanas de la Caridad de San José. Hija de médico y casada con un banquero, una vez viuda se convirtió al catolicismo. Fue la primera norteamericana canonizada por su labor humanitaria. En la figura 4.20. el esplendor Nightingale queda patente; el autor reconoce los logros de Nightingale en la ciencia sin obviar la vertiente caritativa y humanitaria. La figura 4.21. nos muestra una vidriera de la Basílica de Nôtre Dame, en Montrel, en la que se representa a Jeane Mance, fundadora del Hôtel Dieu de la misma ciudad. Podríamos decir que en el imaginario social de la época las nuevas enfermeras deben reflejar ante todo las virtudes morales. Así, una elevada moralidad, disciplina

férrea y perfección serán las condiciones fundamentales para convertirse en las genuinas enfermeras expertas de la época y, de este modo, proporcionar el mejor cuidado enfermero. Igualmente para poder llevar a cabo lo que Dios ha previsto, parafraseando a Nightingale, el proceso reparador se optimiza a través de las prácticas de cuidado y se asocia, así, de manera clara al cultivo de la fe. De esta forma, la fe en Dios constituye un elemento crucial en la actividad cuidadora, que legitima y ennoblece a la enfermera. Como sabemos, en la sociedad victoriana las virtudes morales eran muy importantes. Recordemos a este respecto el intenso debate sobre si la profesión de fe era o no necesaria para el ejercicio de la enfermería. La enfermera religiosa prestaba un cuidado gratuito, siendo su abnegación y autosacrificio sus señas de identidad y renunciando a cualquier tipo de beneficio material. Como sabemos, el triunfo fue para la opción que defendió un posicionamiento a favor de una enfermería laica practicada por mujeres, eso sí ante todo bondadosas, pero que fuesen remuneradas por su labor. Por consiguiente, la enfermería moderna, que nace en Inglaterra, se sostiene sobre una condición fundamental: la bondad, que se orienta a una caridad secularizada y, sin embargo, retribuida. La enfermería post-reforma se constituye exclusivamente para mujeres, lo que traerá como consecuencia una forma concreta de identidad enfermera que se propaga a nivel mundial. Parafraseando a Florentino Blanco (2003), *el planeta Nightingale* contará desde este momento con innumerables satélites, que poco a poco, constituirán el universo enfermero.

Por todo lo expuesto, no asumimos el mito fundacional según el cual la disciplina enfermera, como saber ordenado, nace con la obra de Nightingale, tal y como hemos señalado a lo largo de este capítulo. Ante el debate suscitado por la cuestión de la igualdad de derechos de las mujeres, en general, y la posibilidad de estudiar medicina, como los hombres, la propia autora, en su libro *Notas de enfermería*, concluye de este modo:

*“Abandonemos estas pamplinas y vayamos decididas a hacer la obra de Dios con corazón limpio y sencillo”* (p. 136).

Por lo demás, tampoco parece que se pueda defender la idea de que esta renuncia a un discurso teórico claro pueda ser la consecuencia de una estrategia deliberada para evitar el conflicto de poder con los médicos.

Hemos visto como los médicos ven amenazado su poder, tanto en la situación de guerra como en la situación habitual hospitalaria, ante decisiones sanitarias o del cuidado directo sobre los heridos o enfermos que Nightingale tomaba, que serán el inicio de unas relaciones conflictivas y de dominación sobre la nueva profesión, como antes lo hicieron sobre los prácticos y las matronas. En estos conflictos se empieza a materializar la lógica de una profesión dependiente, secundaria a la práctica médica y, como resultado, unas señas de identidad feminizadas basadas en los valores morales destinados socialmente para la mujer.

En todo caso, a partir de Nightingale la enfermería moderna se expande por todo el mundo. Su modelo de enseñanza es asumido rápidamente, y, como veremos en los capítulos sucesivos de este trabajo, cuando la enfermería se convierte en laica, esta profesión se destina a las mujeres. En el caso de España, por ejemplo, los hombres no podrán ser enfermeros hasta finales del siglo XX. Tal y como venimos preguntándonos ¿cómo ha influido todo esto en el desarrollo de la identidad enfermera actual? En los siguientes capítulos estudiaremos los conflictos en el ejercicio profesional y las diversas imágenes que sobre sí mismos tienen los diversos grupos profesionales, que en España, realizan prácticas cuidadoras y que constituirán la enfermería española.

En cualquier caso, la creación y expansión de la formación reglada de enfermeras a nivel mundial propició el desarrollo de encuentros internacionales, la creación de organizaciones en defensa de los intereses del colectivo, la fundación de las primeras revistas y la edición de los primeros textos escritos por enfermeras en los albores del siglo XIX. Todos estos acontecimientos que hemos descrito ayudaron a consolidar la profesión de enfermería a escala mundial.

En el siguiente capítulo, estudiaremos la enfermería en la España del siglo XIX.





## **CAPITULO 5**

**FILOSOFÍA MATERIAL (III). EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.**

**EL CONTEXTO DE LA PROFESIONALIZACIÓN.**



## CAPITULO 5

### FILOSOFÍA MATERIAL (III). EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.

#### EL CONTEXTO DE LA PROFESIONALIZACIÓN.

##### 1. Introducción.

Como ya hemos anunciado en otros capítulos de este trabajo, numerosas causas extrínsecas a los cuidados y a la situación social de los cuidadores, como la propia situación social de la mujer, la concepción filosófica cristiana, entre otras, propiciaron que en el siglo XIX en España, una serie de figuras diferenciadas proporcionaran los cuidados “enfermeros”.

Como hemos visto en los capítulos precedentes hasta mediados del siglo XIX la enfermería no tiene todavía un papel profesional reconocido. Por tanto, podemos vincular los cuidados a la labor de distintas personas que proporcionan atención a enfermos, niños expósitos, pobres y menesterosos, inmersos estos cuidados en la esfera de los valores morales más que en la de las competencias intelectuales.

Recordemos que desde la Edad Media hasta el siglo XIX las comunidades religiosas fueron el grupo mayoritario en la prestación de cuidados y que, hasta donde sabemos, no recibían por parte de las instituciones donde brindaban cuidados ningún tipo de remuneración económica. La gratificación o recompensa intrínseca la obtenían a través de la realización de las buenas obras, vinculada a la salvación de sus almas.

Otro grupo que proporcionaba cuidados lo constituyeron las mujeres como grupo genérico, en el que podemos distinguir ocupaciones típicamente femeninas como las nodrizas, las comadres, parteras o comadronas, y las sanadoras. En el caso de las nodrizas, realizaban su actividad como trabajo asalariado, tanto en hospitales como en los hogares, de lo que tenemos constancia documental que ocurría desde el año 1000 (ver Domínguez, 1986). Las parteras o comadronas se ocupaban del cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en el hogar. También hemos señalado cómo fue su regulación. Por su parte, las

sanadoras o curadoras eran mujeres que realizaban sus prácticas curativas principalmente a través de preparados con plantas.

Otro grupo seglar diferenciado lo constituyeron los prácticos (fundamentalmente varones), que llevaban a cabo tratamientos específicos que requerían habilidades específicas (sangrías) y que fueron regulados desde el siglo XV para evitar el intrusismo. Dentro de esta categoría tenemos a los barberos, sangradores y flebotomianos. Posteriormente en el siglo XIX fueron denominados “cirujanos ministrantes” y a finales del siglo XIX serán designados como “practicantes”. Solamente en un trabajo (Ventosa, 1984) hemos encontrado el término “practicante” en un uso anterior a la legislación de 1860. Este autor refiere que *“en las Ordenanzas de los Reales Hospitales General y de la Pasión de Madrid, del año 1760, están reflejados los puestos de trabajo con tal claridad... Practicante Mayor, sustituto del Barbero Mayor, del Practicante, antiguo Barbero”* (p. 63).

Nosotros apoyamos esta tesis, puesto que hemos manejado unas ordenanzas de los Hospitales Reales General y de la Pasión del año 1665 donde ya constaba esta figura. En el capítulo XI que trata sobre *“obligación del Platicante Mayor, y Platicantes del General, Madre Mayor, y Enfermeras de la Pafsio y fe dà noticia del lavadero deftos Hofpitaes”* (p. 23) (ver figura 5.1. del Apéndice Iconográfico). Por tanto, podemos concluir que la figura de practicante se origina en el siglo XVII, un siglo antes que la referencia de Ventosa (1984). También hemos manejado las *Constituciones y Institutos del Hospital General, Pasión y sus agregados del año 1705* (ver figura 5.2.), donde también se habla de los sangradores, enfermeras, hermano mayor, hermanos, enfermero mayor, madres y practicantes de cirugía. Además, en este documento se dan instrucciones concretas de las actividades que deben realizar estos colectivos. Como podemos observar la coexistencia de distintos profesionales dedicados a proporcionar atención a los enfermos podemos constatarla a través de este documento.

También hemos utilizado la Circular de 1762, que versa sobre el intrusismo, concretamente el arte de sangradores la estaban llevando a cabo personas sin ningún reconocimiento formal. El Reglamento para la enseñanza de la cirugía a los practicantes editado en Madrid en 1818, que estudiaremos en este capítulo (ver

figura 5.3.), es, también, uno de los documentos novedosos que aportamos en esta tesis.

La reunificación hospitalaria, que estudiaremos más adelante en este capítulo, así como las ordenanzas y los reglamentos de los hospitales son las fuentes que han ayudado a conocer las normas de funcionamiento hospitalario y el perfil del personal que trabajaba en los mismos. Sin embargo, la historiografía enfermera en España es muy reciente; en 1984 aparecen las dos primeras obras: *Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana*, escrita por el enfermero Cecilio Eserverri Chaverri, e *Historia de la Enfermería Española*, escrita por otro enfermero, Francisco Ventosa Esquinaldo. A partir de este momento se pone de manifiesto el interés en la historia de la enfermería y numerosos trabajos se han publicado desde esa fecha.

Como ya hemos mencionado, en 1500 funcionaba el Protobarberato como institución independiente del Protomedicato. La Pragmática Sanción de los Reyes Católicos, promulgada en Segovia el 9 de abril de 1500, imponía a todos los que aspirasen a ejercer de barberos la obligación de tener que ser examinados por un barbero mayor del citado Protobarberato.

Carlos I dictó el 3 de junio de 1552 una Pragmática sobre la *orden que se ha de tener acerca de usar sus oficios los médicos y cirujanos y boticarios y barberos y sobre el examen de ellos*. En el Capítulo VIII se hace referencia explícita a los excesos que en su reino realizaban los protomédicos y barberos, así como al hecho de que se concedía un título a personas poco hábiles a cambio de dinero, como por ejemplo, a las parteras y ensalmadoras. También

*“se ordena que los médicos deben examinar a todas las personas que quieran realizar oficios de médico, cirujano, boticario y barbero y que los protomédicos no deleguen su poder a otras personas para que lo hagan, ni se entremetan a examinar ni a ensalmadores, ni parteras, ni especieros, ni drogueros”* (ver Apéndice Iconográfico, figura 5.4. ).

En 1780 Carlos III, a través de la Real Cédula del 13 de abril de 1780, que más tarde es ratificada por una resolución del 29 de julio de 1783, suprimió el Protobarberato. Según Miguel Eugenio Muñoz (1751; citado por Ventosa, 1984 y Siles, 1999), parece que solamente en Castilla y no en el reino de Valencia, los

barberos eran examinados por el Protobarberato. En Valencia los exámenes eran controlados por el cirujano y sangrador, de manera que

*“Una, y otra vez dice esta Ley, que se examinen los Barberos; pero en Castilla tiene esta facultad el Protobarbeirato: en el Reyno de Valencia era este Oficio anexo al de Cirujano, y Sangrador, todo baxo de un mismo título, y examen porque los Cirujanos eran Latinos, y oy permanece la misma práctica, aunque ay Pleyto pendiente en el Consejo entre el Colegio de la Capital , y el Protobarbeirato”*

Los datos se pueden confrontar en la obra de Muñoz, autor en 1751 de un *Recopilación de las Leyes, Pragmáticas Reales, Decretos y Acuerdos del Real Protomedicato* (ver Ventosa, 1984, p. 41; Siles, 1999, pp. 236-237). Los barberos sangradores o barberos flebotomianos de las etapas renacentista, barroca o ilustrada se convertirán en ministrantes a partir de 1846, por Real Orden del 29 de junio, por la cual se dicta la normativa para poder ejercer la cirugía menor, para finalmente reconvertirse en practicantes en 1860, si bien esta figura ya existía para entonces, como hemos demostrado anteriormente.

La falta de pericia de los sangradores pudo haber provocado serios efectos secundarios en la salud de los pacientes, a juzgar por lo que se recoge en la Real Cédula de 12 de mayo 1797, en que se prescribe el Método que ha de Observarse en el Tribunal de Proto-Cirujanato en los exámenes de Cirujanos y los Sangradores, y requisitos que los pretendientes deberán tener para ser admitidos a ellos. (Ver Apéndice figura 5.5.). Carlos IV dicta en esta normativa lo siguiente: *“que en lo sucesivo se limiten precisa è invariablemente á tres los exámenes en el Tribunal del Proto-Cirujanato...”*. En cuanto a los requisitos para poder realizar el examen se dice: *“... haber practicado en un Hospital por tiempo de tres años á lo menos, ó por el de quatro con Cirujano y Sangrador aprobado, haciéndolo constar por certificación jurada del Cirujano mayor del mismo Hospital...”*.

De forma similar, las comadres o parteras se regularizarán como matronas en sucesivas disposiciones normativas que irán surgiendo, como veremos, en los siglos XVIII y XIX. La atención que prodigaban estas mujeres debemos situarla fuera de los hospitales, es decir, en los domicilios.

Los cuidados prodigados en los hospitales eran llevados cabo fundamentalmente por religiosos, religiosas y personas laicas que a lo largo del tiempo fueron denominadas de distintas formas tal y como hemos estudiado.

En este capítulo iniciamos el análisis de las condiciones que condujeron a la configuración de la enfermería como profesión en España. La influencia política, las normas jurídicas, la creación de ciertas instituciones fueron, entre otros, las condiciones de posibilidad que condujeron a la creación del cuerpo de enfermeras.

## **2. Instituciones.**

### **2.1. El siglo XIX en España.**

El siglo empieza bajo el reinado de Carlos IV, un rey ilustrado, pero pronto queda marcado por la Guerra de la Independencia contra Napoleón, en 1808. Esta guerra, y el vacío de poder que produce el exilio del rey Fernando VII, dará al pueblo español la oportunidad de convocar las Cortes. Será la primera vez que las Cortes se convoquen a iniciativa del pueblo y no del rey. Las Cortes se reúnen en Cádiz entre 1810 y 1814.

Con el fin de la guerra de la Independencia y la expulsión de los franceses, vuelve a España Fernando VII. Fernando VII sigue siendo un rey absolutista, aunque en un principio acepta la constitución de Cádiz de 1812 para poder volver al país.

El comienzo de este siglo se caracteriza por ser un período de catástrofes, escasez de alimentos, aumento de enfermedades, sobre todo gripe, tuberculosis, viruela, cólera y fiebre amarilla, con altas tasas de mortalidad. A finales del siglo XIX la mortalidad se situaba en España, según Ventosa (1984) en una “*mortalidad general del 27,62%, una mortalidad infantil del 13%...*” (p. 95).

Durante el siglo XIX se van a producir cambios muy significativos en el ámbito socio-sanitario; estos son la consecuencia demorada de los movimientos renovadores del Renacimiento. A partir del siglo XIX se construye una nueva explicación de las enfermedades, que pasan a ser entendidas como trastornos dinámicos del cuerpo. Se desarrolla la medicina de laboratorio, que facilita la transición entre una forma de entender de la enfermedad como algo estático a una perspectiva más dinámica y firmemente anclada en el trabajo experimental, y que favoreció también el desarrollo de la comprensión etiológica de la enfermedad. Simultáneamente, durante la primera mitad de siglo, se van a descubrir y aislar los principios activos de los remedios naturales, lo que supuso un cambio trascendental en la aplicación de la farmacoterapia.

Los avances sociosanitarios en España sufren un estancamiento, y no será hasta 1834, coincidiendo con el reinado de Isabel II, cuando comiencen a



introducirse algunas de las novedades europeas. Como es sabido, España sufre un retraso secular en lo que toca al conocimiento científico.

La sociedad española se encuentra en un período de transición entre el orden estamental y el liberalismo clasista, e inmersa en una economía fundamentalmente agraria, que apenas permite la subsistencia de la amplia clase popular. Al tiempo, se asiste a un proceso de cambios entre la anquilosada mentalidad tradicional y los nuevos valores burgueses e ideas liberales, cuyas máximas aspiraciones son la seguridad y la estabilidad social. Esta nueva situación contrasta con la moral tradicional española, en cuya estabilización la Iglesia juega un importante papel.

No debemos olvidar que **la Beneficencia** en España estuvo hasta muy entrado el siglo XVIII en manos fundamentalmente de la Iglesia y de benefactores privados. En el reinado de Carlos III, determinadas reglamentaciones estatales como las de 1778 y 1785, son iniciativas que conducirían posteriormente a que el Estado asumiera su administración.

El paso del Antiguo Régimen al Sistema Liberal aportará importantes cambios en la protección del Estado a los ciudadanos. Los pilares jurídicos sobre los que se sustentó la nueva estructura de asistencia social y el papel del estado en la Beneficencia pública ha sido estudiado en profundidad (ver, entre otros, los trabajos de Hernández Iglesias, 1876; Carasa, 1987; López Alonso, 1986; Maza, 1987; 1999). Veamos cómo fue el proceso de cambio de la Beneficencia privada a la pública.

Las Cortes de Cádiz llevaron a cabo una reestructuración política, social y económica asociada a un plan asistencial y sanitario acorde con el pensamiento liberal. La Constitución de 1812 estableció en dos de sus artículos que los Ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales se deberían encargar de los establecimientos socio-sanitarios. Así, en el artículo 321 se refiere a que serán los Ayuntamientos los encargados de *“cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban”* (pp. 104-105) Y en el artículo 335 sitúa la responsabilidad de las Diputaciones Provinciales en *“cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al Gobierno las reglas que se*

*estimen conducentes para la reforma de los abusos que se observaren*” (pp. 109-111).

Como sabemos, la vuelta al trono de Fernando VII, traerá como consecuencia la restauración del absolutismo y la aparición de graves desórdenes en el país: económicos (estructura agraria, retraso industrial, privilegios del Antiguo Régimen), políticos (bipolarización liberales/absolutistas; abolición de la Constitución de 1812), administrativos (independencia de América). Cuando Riego se hace cargo de la jefatura del gobierno en 1820, llega el Trienio liberal.

Entre otras medidas importantes para nuestros objetivos, encontramos la promulgación de la Ley General de Beneficencia de 1822, en la cual se plasmó un plan completo sobre la organización de la beneficencia pública.

Sin embargo, la vuelta al absolutismo en 1823, mediante la intervención francesa -los Cien mil hijos de San Luis-, impidió que se aplicara de inmediato esta primera Ley General de Beneficencia. En su contenido la Ley comienza regulando los órganos colegiados encargados de auxiliarlos. Se prevé una Junta Municipal de Beneficencia y Juntas Parroquiales de Beneficencia subordinadas en las poblaciones grandes. Se regula la participación de eclesiásticos y vecinos particulares en las Juntas, a las que se les imparte la directriz de contar, para las tareas asistenciales, con las Hermanas de la Caridad y con asociaciones dedicadas a las mismas (arts. 14 y 15). La Ley, de acuerdo con una pauta que contaba con antecedentes ya aludidos, establece que *“Los fondos de Beneficencia procedentes de fundaciones, memorias y obras pías de patronato público, sea real o eclesiástico, cualquiera que fuese su origen primitivo, quedan reducidos a una sola y única clase, destinados al socorro de las necesidades a que se provee por esta ley”* (artículo 25). De este modo, la asunción municipal de actuaciones hasta entonces desarrolladas por voluntarios habría de financiarse mediante una desamortización de los recursos correspondientes a dichas actuaciones que pasarían a los ayuntamientos. No obstante, se prevén aportaciones del poder central para cubrir el déficit. Los medios de acción previstos por la Ley son: casas de maternidad, que contarían con la posibilidad de encomendar lactancias a nodrizas externas; casas de socorro, consistentes en asilos con funciones asistenciales y de formación; socorros

domiciliarios; hospitalidad domiciliaria; y hospitalidad pública, para enfermos comunes, convalecientes y locos (títulos III-VII).

Nos parece importante enfatizar dos aspectos de esta Ley. En primer lugar, el nuevo enfoque de la atención comunitaria en la asistencia pública, a partir de la atención de los socorros y de la hospitalidad-asistencia domiciliaria. En segundo lugar, esta novedosa Ley de Beneficencia incluye en los artículos 45, 46 y 73 varias disposiciones en consonancia con un enfoque sensible a lo que actualmente conocemos como derechos humanos.

La vuelta al absolutismo impide el desarrollo de la Ley de Beneficencia hasta que se restablece por Decreto de 8 de septiembre de 1836. El control de la beneficencia pública recae en las Juntas Municipales de Beneficencia, presididas por los alcaldes. Pero pronto se optará por una nueva regulación, que será llevada a cabo bajo el reinado de Isabel II, con gobierno moderado, dentro del marco de la Constitución de 23 de mayo de 1845. Posteriormente en 1847 se crea la Dirección General de Beneficencia y Sanidad

En cuanto a la nueva regulación, se promulga la segunda y última Ley General de Beneficencia el 20 de junio de 1849 y su Reglamento, posteriormente, el 14 de mayo de 1852. Poco tiempo después, concretamente a los tres años, en 1855, se aprueba la Ley de Sanidad. De esta forma, en la segunda mitad del siglo XIX, el Estado había asumido, por medio de los poderes locales, la administración de las instituciones benéficas. Pero veamos con un poco más de detenimiento esta normativa de 1849.

La nueva norma legal toma el mismo objeto que su precedente. También coincide aparentemente con ella en la opción de concentrar en el sector público todos los establecimientos de la Beneficencia, pero deja a salvo de tal medida desamortizadora a los privados funcionalmente legítimos (artículo 1). De este modo, se da fundamento y carta de naturaleza a la Beneficencia particular, a la vez que se posibilita la acción voluntaria tradicional.

En cuanto a la asignación de responsabilidades, la nueva Ley se aparta de la opción municipalista anterior y clasifica a los establecimientos públicos en “generales, provinciales y municipales” (artículo 2). Para cada uno de estos niveles,

se establecen las correspondientes Juntas de Beneficencia. La relación del sistema benéfico con el poder gubernativo es de signo centralista.

En cuanto a participación, las vicepresidencias de las Juntas general y provinciales se asignan a eclesiásticos; se cuenta, además, con las llamadas Juntas de señoras para regir ciertas atenciones asistenciales. Esta ley no incluye las disposiciones que permitirían el desarrollo el reglamentario de la misma. El Reglamento de la Ley, aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, regula la estructura organizativa y técnica de la Beneficencia pública, de acuerdo con un criterio de jerarquía territorial –que la norma presenta en sentido centralista- y de asignación, determinada para el nivel central y flexible para los otros dos, de obligaciones. Al nivel central se le fijan los siguientes “Establecimientos generales”: *“seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos”* (artículo 5). Para el nivel provincial se establece 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”*; y, además, *“Se procurará que haya asimismo en cada provincia –debe entenderse aparte de la capital- un Hospital de enfermos, que se denominará de distrito”* (artículo 6). Finalmente, *“En todos los pueblos donde haya junta municipal de Beneficencia, habrá por lo menos un Establecimiento dispuesto para recibir a los enfermos que por no ser socorridos en sus casas llamen a sus puertas. En cada uno de estos establecimientos municipales se tendrán preparados los medios necesarios para trasportar al Hospital del distrito los enfermos del pueblo que hayan de curarse en él y cualquier otro menesteroso que por su clase haya de pasar a otros Establecimientos, ya provinciales, ya generales”*; finalmente, *“La Beneficencia domiciliaria se organizará en todos los pueblos que tengan Junta municipal”* (artículo 7). Esta medida confirma la opción comunitaria de la Ley de 1822.

La nueva administración liberal quiso terminar con el monopolio que la Iglesia había tenido en la creación y gestión de la gran mayoría de los establecimientos benéficos. La debilitación de la Iglesia se produce a partir de las desamortizaciones efectuadas contra sus propiedades por Godoy, en 1798, Mendizábal y Madoz, en

1855. Toda la legislación que hemos presentado da cuenta del nuevo dispositivo asistencial y establece la Beneficencia Estatal.

La reunificación hospitalaria que acabamos de explicar nos permite comprender la situación socio-sanitaria y la atención a los enfermos y necesitados de este siglo y parte del siglo XX. Mientras todo esto sucede, los profesionales del sector también se verán afectados por los cambios educativos que se van sucediendo simultáneamente.

Veamos, en primer lugar, la formación de los profesionales que durante el siglo XIX prodigaban los cuidados bien en el ámbito hospitalario como a nivel domiciliario.

## **2.2. Formación de ministrantes, practicantes y matronas.**

A comienzos de siglo, concretamente en 1801, se restableció de nuevo el Tribunal del Protomedicato y, por tanto, volvió a asumir la expedición de los títulos, entre ellos el de sangrador. Desde la abolición del Tribunal del Protobarberato en 1783, la regulación de los títulos fue llevada a cabo por el Tribunal del Protomedicato. Cuando se crearon los Reales Colegios de Cirugía, a finales del siglo XVIII, éstos asumieron la regulación de las profesiones de parteras y sangradores. Finalmente, a través de la Real Cédula de 6 de mayo de 1804, se suprime definitivamente el Tribunal del Protobarberato, y desde esta fecha nuevamente, los Reales Colegios de Cirugía y las facultades de medicina llevarán a cabo la regulación de las profesiones sanitarias ver entre otros los trabajos de (Alcubilla, 1902; Valle y García, 1994; Ventosa, 2000b; Buendía, García y Guil, 2002a; 2002b).

En la Real Cédula de 1804 podemos observar en el capítulo XVI los exámenes de reválida para los licenciados en Cirugía, para los Cirujanos, Sangradores y Parteras (ver figuras 5.6., 5.7. del Apéndice Iconográfico). Sea hace referencia al tipo de exámenes que deben superar los Cirujanos latinos, es decir, los que pretendan ser licenciados en Cirugía y aquellos otros que opten a ser habilitados como Cirujanos romancistas, una distinción a la que nos referiremos un poco más abajo.

En cuanto al examen de los sangradores se explicita lo siguiente: *“su examen consistirá en un acto teórico-práctico en que serán preguntados los pretendientes, por espacio de un cuarto de hora y por cada Examinador, sobre quanto tenga relación al conocimiento de las venas y arterias”*. En esta normativa se fundamenta el tipo de examen para evitar daños a los enfermos y, además, se señalan las funciones de los sangradores, de tal modo que,

*“sus facultades se limitarán a sangrar, sacar dientes y muelas, aplicar sanguijuelas y vexigatorios, a poner ventosas; pero nada de esto podrán executar sin disposición de Cirujano ó Médico ó Médico aprobado respectivamente en los casos que corresponden a cada uno; y sólo estarán autorizados para sangrar y sacar dientes y muelas sin disposición de dichos profesores en los casos violentos y de absoluta necesidad”*.

También se recoge que antes de la realización del examen deberán presentar: *“fe de bautismo, información de limpieza de sangre, y la de práctica, que deberán tener por espacio de tres años con un cirujano Aprobado, pues no se les admitirá como hasta aquí la que hicieren con mero Sangrador...”* (p. 65).

En cuanto a las matronas, en esta norma se regula la forma de acceso para poder ser examinadas. Se especifica que *“serán examinadas en un solo acto teórico-práctico, de la misma duración que el de los sangradores, de las partes del arte obstetricia en que deben estar instruidas, y de tal modo de administrar el agua de socorro á los párvulos, y en qué ocasiones podrán ejecutarlo por sí”* (p. 53). En esta misma norma, se señala que al examen sólo podían concurrir mujeres viudas o casadas y, además, debía ser acreditado:

*“solamente á este ejercicio á viudas ó casadas deberán presentar las primeras certificación de hallarse en aquel estado, y las segundas licencia por escrito de sus maridos, además de la fe de bautismo, y de buena vida y costumbres dada por el párroco, y formación de limpieza de sangre, y de práctica de tres años con Cirujano o Partera aprobada”* (p. 53).

Como podemos apreciar, el poder de la iglesia católica en la España del siglo XIX es decisivo como forma de control de la mujer a la formación y la titulación. Por otra parte, la tutela a la que se ve sometida la mujer le impide tomar decisiones por

ella misma. Primero el padre y luego el marido obstaculizan el desarrollo de la mujer como persona responsable. Asimismo, es necesario tener en cuenta la enorme precariedad cultural de la mujer, debido a que la obligatoriedad de la educación de las niñas aparece por primera vez en España con la Ley Moyano. Lo verdaderamente importante para la mujer y su destino natural, desde la visión social de la época, era la familia. La enseñanza durante el siglo XIX, muy influenciada aún por la Iglesia a todos los niveles, sigue contemplando a la mujer en un papel secundario. La Iglesia católica tenía un concepto funcional de la mujer. Obedecía a su papel cohesionador en el interior de la familia.

El prototipo más frecuente fue el de perfecta casada, reina del hogar, piadosa, buena madre y buena esposa. Este concepto correspondía a un discurso ideológico sobre lo doméstico, y la Iglesia católica era su más agresivo portavoz. Por esto, su instrucción en establecimientos educativos, oficiales o preferentemente privados, no estaba dirigida a formar académicas o sabias, sino mujeres piadosas. Por tanto, en el imaginario social, la mujer ya en la casa, ya en la actividad profesional, ocupa un lugar secundario a la hora de tomar decisiones. En lo que debe destacar una mujer, ante todo, es en sus valores morales; es por ello que la abnegación, el autosacrificio, la bondad, la rectitud y el recato en sus costumbres son los pilares fundamentales sobre los que se construye la identidad de la matrona española a lo largo de este siglo. Sobre estas cuestiones volveremos más adelante.

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.

Como veremos a lo largo de este capítulo, coexistirán a lo largo de este siglo distintas profesiones sanitarias, algunas de las cuales desarrollarán funciones idénticas. A continuación vamos a revisar cómo se llevaba a cabo la formación de las distintas figuras que se fueron presentando a lo largo del siglo XIX.

Como sabemos, la Constitución de 1812 posibilitó un nuevo ideario que se ve truncado a la vuelta de Fernando VII. La figura de practicante, como profesional dedicado a labores sanitarias, aparece antes de 1860, fecha que, como ya hemos señalado, se especifica el título de practicante y las enseñanzas necesarias para alcanzar dicho título. De este modo, en el *Reglamento para la Enseñanza de Cirugía Á los Practicantes de los Reales Hospitales General y de la Pasión de Madrid* (1818) se puede leer:

*“Con tan justas miras la Real Junta presentó á S.M. un plan de enseñanza de cirugía para dichos practicantes, y por Real Decreto de 9 de Marzo de 1816 obtuvo la gracia de que estos pudiesen revalidarse con los estudios que hiciesen según dicho plan, sin necesidad de asistir á las cátedras de los colegios de cirugía; combinando de este modo la debida instrucción con la conducta que han de observar los practicantes en sus destinos, para que no se distraigan, con detrimento suyo, y de los enfermos á que deben asistir...”*  
(p. 4).

En este mismo reglamento, y en diversos artículos (al menos en 11 de ellos) se recogen la distribución de la enseñanza entre los profesores, además de la forma de impartición de las asignaturas y su cronología. Las pruebas a realizar están reguladas en otros 8 artículos. Por otra parte, en este Reglamento se señalan también los diversos tipos de premios que podían alcanzar los practicantes, como elemento motivador, y los libros que necesariamente tenían que estar en la escuela. Por último, en esta publicación aparecen, además, los sueldos de los profesores. Un dato llama nuestra atención, la duración de los estudios era de seis años en la escuela, *“... en que podrán matricularse todos, aunque tubiesen aprobados dos años literarios de los seis que deben estudiar según este reglamento”* (p. 19). Decimos que nos sorprende la duración, ya que, como estudiaremos posteriormente, se reducirán a tres.

Posteriormente, el Reglamento de 1821 estableció que los estudios de Medicina y Cirugía se llevasen a cabo en escuelas especiales. Siguiendo a Siles (1999) *“en 1827 se acomete el primer intento serio de unificación de Medicina y Cirugía”* (p. 241). Así, el Real Decreto de 16 de junio de 1827, regula la formación de los cirujanos sangradores. Según refiere Siles (1999),



*“a los cirujanos sangradores sólo se les exigía saber leer y escribir bien, las cuatro reglas de la aritmética y la gramática castellana. Los estudios tenían una duración de tres años. Los cirujanos sangradores se ocupaban, en general de las dolencias externas; entre sus competencias se encontraban las molestias dentales y bucales”* (p. 241) (ver Apéndice Iconográfico, figura 5.7.).

Este Real Decreto contiene en su capítulo XXIV los aspectos de regulación de la formación de los Cirujanos sangradores y de las Matronas o Parteras. En el artículo 1 se señalan los requisitos previos para poderse matricular en los Colegios (ver figura 5.8.). En el artículo 2 se especifica la duración de la formación de tres años de estudio en los Colegios, así como qué materias y qué profesores y qué cronograma formativo tendrán. En el artículo 3 se hace referencia a la idea de que una vez finalizada la formación de tres cursos, y habiendo realizado tanto la parte teórica como práctica, para obtener el título necesariamente deben haber cumplido 22 años. Asimismo, se señala que para realizar la primera matrícula en los Colegios el aspirante debe de haber cumplido 15 años. En su artículo 9 se especifica el tipo de enfermedades que pueden tratar los Cirujanos sangradores; también hace referencia a la prohibición de recetar medicamentos y, por último, a las circunstancias en las que debe avisar a un médico o a un médico cirujano a la hora de tratar a un paciente. El artículo 10 contiene el Juramento para los Cirujano-Sangradores.

En relación con las matronas y en la misma línea argumental, como en el caso de los sangradores, en el artículo 11 se señala que deben acreditar haber practicado la obstetricia por espacio de cuatro años con un Facultativo ó comadre aprobada, ó bien dos años de práctica y dos de estudios en algunos de los Colegios de Medicina y Cirugía, del modo que se recoge en los artículos 12, 13 y 14. En el artículo 12 se especifica lo siguiente:

*“el Catedrático supernumerario de los Colegios de Medicina y Cirugía que enseñe la Obstetricia á los Cirujano-Sangradores les dará á puertas cerradas en el mes de Junio de cada año, de cinco á seis de la tarde, todos los días que no sean feriados las lecciones que necesiten para instruirse en lo que deben saber, que se reduce al conocimiento sucinto de las partes duras y blandas que tienen relación con las funciones propias de su sexo, y de las*

*que componen el feto y facilitan o retardan su salida; de las señales positivas de la preñez y noticias precisas para conocer el verdadero parto y distinguir el natural del laborioso o preternatural” (p. 172).*

El artículo 13 especifica, además de los requisitos anteriores, la necesidad de saber leer y escribir, el tipo de examen, los componentes del tribunal y, según el estado civil, las certificaciones correspondientes de matrimonio o viudez, firmadas por el párroco, avales de su intachable moralidad.

Posteriormente, la Real Orden sobre la clasificación y el nombre de cirujanos, de 31 de marzo de 1836, clasifica a los cirujanos en las siguientes categorías que señalamos en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1.: Tipos de Cirujanos

CATEGORÍAS DE CIRUJANOS	
Primera clase	Cirujano-Médicos
Segunda clase	Cirujanos de colegio
Tercera clase	Cirujano-Sangradores.
Cuarta clase	Todos los demás de inferior categoría no comprendidos en las anteriores.

Fuente: Elaboración Propia (Real Orden de 31 de marzo de 1836).

En el año 1842 aparece una nueva normativa, el Decreto de 1 de Septiembre, referido a los estudios previos de los cirujanos de tercera clase. Los aspirantes a matricularse como cirujanos de tercera clase, es decir, los cirujanos sangradores, deberán acreditar tener aprobados en un instituto de segunda enseñanza o universidad dos cursos de los estudios siguientes: en el primer curso, gramática general aplicada a la española, y elementos de matemáticas. En el segundo, elementos de geometría, de física y química. Estos dos cursos que acabamos de mencionar son posteriores a tener aprobados los estudios de instrucción primaria.

Como sabemos, el conocido como Plan Mata se aprobó por Real Decreto de 10 de octubre de 1843, suprimiendo diversos colegios de Medicina y Cirugía, concretamente los de Madrid, Barcelona y Cádiz. Por otra parte, para estudiar Medicina, Cirugía y Farmacia fueron creadas las universidades de Madrid y Barcelona. Por otro lado, en las ciudades de Valencia, Valladolid, Sevilla, Santiago y

Zaragoza se podían estudiar otras profesiones sanitarias como las de Prácticos en el arte de curar y la Partería (ver Siles, 1999).

Como ya hemos señalado al comienzo de este capítulo, en 1846 la Real Orden de 29 de junio, crea una nueva figura profesional sanitaria conocida con el nombre de Ministrante. Se trataba como sus antecesoras de una profesión práctica. A esta nueva clase de profesionales sanitarios y según señala Siles (1999)

*“se les exigía certificado de servicio durante un mínimo de dos años, prueba de estudios privados de flebotomía y arte de aplicación de apósitos, y prueba de haber seguido las prácticas al menos durante seis semanas con un cirujano dentista”* (p. 243).

Por tanto, estos profesionales ejercieron el arte del dentista; finalmente, en 1857, desaparecerán bajo este nombre y se transformarán en practicantes, como se menciona en numerosos trabajos de historiadores españoles (ver entre otros, Herrera, Lasarte y Siles, 1996; Siles, 1999).

No obstante, el conjunto de profesionales que practican la vertiente técnica de las prácticas cuidadoras a lo largo de este siglo constituyen, como estamos comprobando, modos distintos de denominar formas de actividad, en el fondo, muy semejantes. Nosotros hemos podido constatar que a estas alturas se sigue obteniendo el título de sangrador, tal y como se recoge en la Real Orden de 1 de marzo de 1847 dónde se reflejan *“las circunstancias que deben concurrir en los que aspiren al título de sangradores”*. En esta normativa se equipara el título de ministrante y sangrador. Veámoslo con más detenimiento.

En el preámbulo de esta Real Orden se dice:

*“... el diverso modo con que ha sido entendido lo dispuesto en la Real orden de 29 de Junio del año último acerca de los estudios privados que deben hacer cuantos aspiren al título de sangrador...”*

Como podemos apreciar, las sucesivas ordenaciones nombran en 1846 a Ministrantes, en 1847 Sangradores. En el Artículo 3º se explicita:

*“No se admitirá á individuo alguno á exámen de sangrador sin probar que ha seguido con constancia, aplicación y aprovechamiento, por espacio de dos años, lecciones de los estudios privados prescritos en la condición 2ª del artículo 1º de la Real órden de 29 de Junio del año próximo pasado... “.*

Esta gran diversificación de titulaciones, y el desorden consiguiente, tienen su origen, según Díaz (2005) en “... la Pragmática del Pardo de 7 de noviembre de 1617, que dividía la carrera de cirujano en dos categorías: cirujanos latino o de toga, y cirujanos romancistas, cirujanos sangradores, cirujanos barberos o de traje corto” (p. 22).

A partir de aquí los cirujanos latinos (que dará lugar, salvando las distancias, al cirujano actual) estudian en las universidades como los médicos, mientras que los cirujanos romancistas son los que son examinados por el Tribunal del Protomedicato o Protocirujanato, tal y como hemos venido señalando a lo largo de este trabajo.

Nosotros hemos manejado la Pragmática de Valladolid, de 15 de octubre de 1603, que se lleva a efecto como Pregón delante del Palacio Real el 7 de enero de 1604 y se publica en ese mismo año. En la misma se ordena que a los cirujanos romancistas los examine el Tribunal del Protomedicato y les den la licencia para que puedan ejercer, tras cinco años de práctica, tres en hospitales y dos con un médico cirujano, y de esta forma ejerzan la cirugía debido a la falta de cirujanos latinos (ver Apéndice figura 5.9. ).

Desde mediados de siglo las continuas reformas que sufre el plan Pidal (1845) en la década moderada de Isabel II confluyen en una centralización de las universidades, a través del Real Decreto de 28 de agosto de 1850. De este modo, cuando los progresistas llegan al poder en 1854, se pone de manifiesto la necesidad de proceder a elaborar una norma con rango de ley que regule la compleja trama de la instrucción nacional.

Es así como Claudio Moyano Samaniego, Ministro de Fomento, se convirtió en el artífice de la Ley Educativa más longeva de la historia española, la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre 1857, conocida como Ley Moyano, por la que se establece el Título Oficial de Practicante, siendo esta la primera referencia con marco legal sobre la formación de enfermería en España. En cualquier caso,

nosotros no compartimos esta afirmación generalizada entre los historiadores de la enfermería (ver, por ejemplo, Domínguez Alcón, 1986). 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 las prácticas cuidadoras que acabarán constituyendo la profesión enfermera, pero esto es todo.

Esta ley suprime la denominación de cirujano ministrante y establece el título oficial de practicante que será expedido por las Facultades de Medicina y tendrá una duración de dos años e implicará la realización de prácticas hospitalarias. La Real Orden de 26 de junio de 1860, que fue publicada el 4 de julio de 1861, estableció los conocimientos teórico-prácticos necesarios para obtener el título de practicante, a saber:

- 1º. Arte de los vendajes y apósitos.
- 2º. Realización de curas y aplicación de sustancias blandas, líquidas y gaseosas.
- 3º. Arte de practicar sangrías generales y locales, vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones y ventosas. Aplicación de tópicos, irritantes, exutorios y cauterios.
- 4º. Arte del dentista y del pedicuro.

También incluía el tipo de examen que deberían realizar ante tres catedráticos de la Facultad de Medicina. Asimismo, los aspirantes debían acreditar haber estado dos meses en un hospital que tuviese un mínimo de sesenta camas, habitualmente ocupadas cuarenta de ellas.

Pocos meses después, la Real Orden de 21 de noviembre aprobó el Reglamento para la Enseñanza de Practicantes y Matronas. El Título Primero se refiere a los establecimientos autorizados para la enseñanza. De este modo, la enseñanza para Practicantes y Matronas o Parteras se autoriza únicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid. Se autorizó a los hospitales públicos provinciales, municipales, o de cualquier otra clase, de estas ciudades a impartir las enseñanzas de Practicantes, siempre y cuando, como en la

anterior Orden, estos establecimientos tuviesen como mínimo sesenta camas. En el caso de las Matronas, las enseñanzas se llevarían a cabo en las Casas de Maternidad o en los hospitales donde hubiese salas de partos. Por otra parte, se otorga a los rectores la responsabilidad de designar los establecimientos habilitados para impartir las enseñanzas de Practicantes y Matronas.

El Capítulo III de este reglamento recoge el nombramiento de los profesores, de tal forma que, para ser profesor en la enseñanza especial de Practicantes, se debe ser facultativo primero o segundo de hospital; en la Orden se indica, además, que es preferible que el facultativo se encargue de la parte quirúrgica. En cuanto a la designación como profesor para la enseñanza de Matronas, el facultativo debe ser titular de una Casa de Maternidad o de un hospital donde haya sala de partos. Igualmente, los facultativos debían obtener autorización previa de los rectores de los distritos universitarios respectivos.

En el Capítulo IV se regula la forma en que las Secretarías de las Universidades, a través de dos Libros de Registro, deben hacer constar los siguientes aspectos: en uno de los libros deberán recogerse los nombres de los establecimientos designados por los rectores para las enseñanzas de Practicantes y Matronas, así como condiciones y circunstancias de los hospitales que estén sujetas a la normativa vigente. En el segundo libro, (1) el nombre y apellidos del padre y de la madre, la edad, el pueblo y provincia donde esté situado el pueblo, (2) el profesor, (3) el hospital donde estudie, así como (4) las calificaciones semestrales, (5) el día de la reválida y (6) la calificación final. Naturalmente, también se especificaba el registro de los títulos de Practicantes y Matronas.

Veamos a continuación los estudios necesarios para aspirar al título de Partera o Matrona que se recogen en el Capítulo III del Título II:

*“1º Nociones de Obstetricia, especialmente de su parte anatómica y fisiológica.*

*2º Fenómenos del parto sobreparto naturales, y señales que los distinguen de los preternaturales y laboriosos.*

*3º Preceptos y reglas para asistir a las parturientas y paridas, y a los niños recién nacidos, en todos los casos que no salgan del estado normal ó fisiológico.*

*4º Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfícticas ó apopléticas.*

*5º Manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida” (R.O. de 21 de noviembre 1860. Título II. Cap.III. Artículo17).*

En esta misma Orden se recogen los estudios para obtener el título de Practicantes, con ligeros matices con respecto a los conocimientos descritos en la Orden de 26 de junio de 1860; dice textualmente:

*“1º Nociones de anatomía exterior del cuerpo humano, y con especialidad de las extremidades y de las mandíbulas.*

*2º Arte de los vendajes y apósitos mas sencillos y comunes en las operaciones menores, y medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en esta puedan ocurrir.*

*3º Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas.*

*4º Modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios.*

*5º Vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones, ventosas y manera de sajarlas.*

*6º Sangrías generales y locales.*

*7º Arte del dentista y del callista” (R.O. de 21 de noviembre 1860. Título II. Cap.II. Artículo15).*

En ambos casos la parte práctica en los estudios de Practicantes y Matronas fue simultaneada con la enseñanza teórica, y bajo la dirección del mismo Profesor. Además de las tasas académicas, cada estudiante debía retribuir mensualmente veinte reales al profesor que le tutelaba. Por otra parte, y para ambas profesiones, los estudios duraban cuatro semestres, comenzando el 1 de octubre. Las lecciones teóricas debían ser diarias y con una duración de hora y media.

Veamos ahora las cualidades necesarias para la admisión en la matrícula de Practicantes y Matronas. En el caso de los Practicantes los requisitos fueron: haber cumplido dieciséis años de edad y ser aprobado en un examen especial de las materias comprendidas en la primera enseñanza elemental completa. En cuanto a las Matronas, los requisitos previos solicitados eran: haber cumplido veinte años de edad y ser casada o viuda. En el caso de las aspirantes casadas debían presentar autorización de sus maridos. En ambos casos, casadas o viudas, estas mujeres aspirantes a Matronas debían justificar mediante certificación de un párroco su buena vida y costumbres y haber recibido con aprovechamiento la primera enseñanza elemental completa.

En cuanto a las funciones que podían desempeñar una vez obtenido el título debemos reseñar que el título de Practicante solamente autorizaba para ejercer la parte meramente mecánica subalterna de la Cirugía. En cuanto al título de Partera o Matrona les autorizaba para asistir a los partos y sobrepartos naturales. En el caso de presentarse una complicación debían avisar sin demora a un profesor médico. Sin embargo, como meros auxiliares de los facultativos, podían proporcionar asistencia a embarazadas, parturientas y puérperas.

Después de haber señalado los aspectos más relevantes de estas dos profesiones sanitarias reguladas, podemos observar similitudes y diferencias. En ambos casos, y como meros auxiliares de la medicina, los dos grupos profesionales tienen claramente delimitada su actuación profesional. En relación con los requerimientos previos, y en lo que toca al requisito de la edad, no hemos podido encontrar una explicación racional para que ésta sea diferente. En cuanto al estado civil, restrictivo en el caso de las Matronas, podemos afirmar el papel dependiente de la mujer para tener una profesión. Además de las cualidades morales que en este caso se le exigen, una condición que se mantendrá, y que también será un requisito indispensable, en el caso de las enfermeras hasta bien entrado el siglo XX. Como hemos estudiado en el capítulo anterior, las virtudes morales fueron parte de las señas de identidad en Inglaterra para las enfermeras post-reforma. Del mismo modo, en la España del siglo XIX, la mujer en general, como ya hemos señalado, es un ser marginado en el acceso al conocimiento, dependiente del varón para tomar



decisiones y con propensión a la enfermedad. La mujer debe ser virtuosa, recatada y estar siempre al amparo de un varón.

Llama la atención en este sentido el hecho de que las clases se desarrollasen a puerta cerrada. Nuestra primera hipótesis tendría que ver con el hecho de que el estudio de la anatomía y fisiología femenina fuese visto, por así decirlo, como algo vergonzante o bien poco decoroso, inmoral. La segunda explicación tiene que ver con la posibilidad de evitar la interacción de hombres y mujeres en las aulas. Como sabemos, en los primeros tiempos del reinado de Isabel II -bajo la regencia de María Cristina, su madre-, el progresista Plan general de Instrucción Pública del Duque de Rivas (1836) continuaría con la segregación estableciendo:

*"Artículo 21. Se establecerán escuelas separadas para las niñas donde quiera que los recursos lo permitan, acomodando la enseñanza en estas escuelas a las correspondientes elementales y superiores de niños, pero con las modificaciones y en la forma conveniente al sexo. El establecimiento de estas escuelas, su régimen y gobierno, provisión de maestras, serán objeto de un decreto especial"* (Título I, Capítulo III. De las escuelas de niñas, Real Decreto de 4 de agosto de 1836).

Posteriormente, y con estos mimbres, no es de extrañar que la educación de la mujer no se mencione ni en el Plan de Estudios para los Institutos de Segunda Enseñanza (15-10-1843) ni en el famoso Plan Pidal (Real Decreto 17-9-1845), señal de que aún no era algo conflictivo. Sí aparece en la longeva Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, la conocida como Ley Moyano. Esta ley que tendrá vigencia prácticamente hasta 1970, sigue en el mismo esquema que los liberales de principios de siglo, aunque tiene el valor de hacer obligatoria la escolaridad para las niñas por primera vez en España.

Volviendo a la formación de la matrona, en nuestra opinión, la exclusión por el estado civil de las mujeres solteras, puede ser interpretada como si el estudio atentase contra el pudor femenino virginal, a su decoro y moralidad. No debe resultar extraño, entonces, que, como recoge el artículo 14 de esta Real Orden, *"La enseñanza de Parteras y Matronas se dará a puerta cerrada y en horas distintas de*

*la de Practicantes*". No era suficiente la mayoría de edad, sino que, además, las matronas debían haber conocido varón para poder partear.

Como podemos apreciar, las enseñanzas conducentes a los títulos de Practicantes y Matronas se llevaron a cabo en instituciones hospitalarias, fundamentalmente públicas.

Posteriormente, el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, aprueba otro Reglamento para ambas carreras. Señalaremos a continuación los cambios que introduce. 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. En cuanto a las matronas, no hay diferencias con respecto a la Orden anterior.

El Decreto de 7 de noviembre de 1866, que suprime la enseñanza de practicantes, fue un breve paréntesis, puesto que se restablecen las enseñanzas por la Orden de 27 de octubre de 1868. La justificación para la reanudación de estos estudios se sustenta en la necesidad de que al lado de los profesores de medicina exista este estamento, para que les auxilie en la parte puramente médica subalterna de la medicina.

Nos parece interesante señalar que en la Real Orden de 26 de mayo de 1880 se aprobó el reglamento para el servicio de practicantes en los Hospitales de Beneficencia General. En su artículo (1º) se recoge que

*“el servicio de practicantes de Medicina en los Establecimientos de Beneficencia General será desempeñado por algunos de la Facultad de Medicina ó por individuos que tengan el título de Ministrante.*

*Los practicantes de farmacia serán alumnos de la misma facultad”.*

En el artículo 5º indica además que “en los hospitales de Incurables de hombres y en el Manicomio de Leganés habrá además un Ministrante-Barbero”.

Como se puede apreciar, la diversidad de figuras en el ejercicio profesional durante este siglo fue notable; recordemos que este reglamento es del año 1880 y que la figura de ministrante se derogó en 1857.

Llegados a este punto, creemos necesario insistir en la complejidad a la hora de estudiar la evolución de las prácticas del cuidado y situar el nacimiento de la enfermería como profesión en España. Pese a los diferentes nombres que han recibido los prácticos desde el siglo XV, podemos afirmar que han llevado a cabo tareas técnicas relacionadas fundamentalmente con la cirugía, aunque no sólo. Como estamos poniendo de manifiesto, existió un solapamiento de figuras cuyas funciones asignadas eran prácticamente las mismas.

En 1888 aparece un nuevo reglamento para las carreras de practicantes y matronas recogido en el Real Orden de 16 de noviembre. Es de destacar la reiteración en esta norma sobre la profesión auxiliar de la medicina y la insistencia en el carácter de ayudantes. Así se recoge en los primeros cinco artículos. Se insiste en que los practicantes pueden servir como ayudantes en las grandes operaciones. Se explicita que a partir de este momento no puede practicar el arte de dentistas. Igualmente, en el caso de las matronas, la insistencia sobre el rol que deben desempeñar en los partos naturales.

Ya en 1901 se publica en la Gaceta de Madrid del día 27 de abril un Real Decreto que en su artículo 4º establece que:

*“Los practicantes que obtengan la autorización para realizar partos, no podrán ejercer su profesión, en poblaciones mayores de 10.000 almas sin la autorización del Médico titular; ya que cuando a juicio de éste, el Practicante no reúna las condiciones de actitud necesaria, lo pondrá en conocimiento del Delegado de Medicina el cual, previo al oportuno expediente oirá al interesado, resolverá si ha lugar o no a retirarle la autorización legalmente adquirida”.*

Este artículo traerá como consecuencia una reivindicación por parte del colectivo de practicantes y un conflicto manifiesto con la clase médica y con las matronas. Cuestión a la que nos referiremos un poco más adelante.

Nuevamente, en 1902, se reorganizan las enseñanzas de los Practicantes. Así, la Real Orden de 22 de marzo de 1902 permitirá a los Practicantes obtener el título de Practicante autorizado para la asistencia a partos normales mediante un examen ante tribunal. Dos meses después, la Real Orden de 13 de mayo aprueba el programa para la carrera de Practicante, estructurándose del siguiente modo: de los setenta y ocho temas que lo componen, el primer tema versa sobre las relaciones del practicante con el médico y el farmacéutico –condiciones morales y científicas que deben adornarle. Del tema cuarenta y siete al setenta y seis ambos inclusive, se dedican al estudio anatómico-fisiológico de la mujer, el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. El resto del programa está estructurado por aparatos, órganos y sistemas del cuerpo humano, estudiando su anatomía y fisiología. Además en cinco temas se habla sobre el arte de los vendajes, en tres se estudian el aparataje necesario para tratar y reducir fracturas, así como los apósitos y modos de aplicación y tres temas están destinadas al estudio de la anestesia. Hay otro tema destinado al masaje, y cuatro temas desarrollan en profundidad la administración de medicamentos. Otros temas versan sobre diversos procedimientos quirúrgicos, curas, sangrías, taponamientos, vacunaciones, inyecciones, así como diversos cateterismos.

El programa de Practicantes de 1902 especificaba que durante el primer año debían estudiar Anatomía del exterior del cuerpo, Conocimientos de las cuadrículas topográficas y usos de los órganos, Apósitos y vendajes y Medicación tópica. Durante el segundo año Técnica operatoria y cirugía menor, Nociones de Obstetricia para asistir a un parto normal y Primeros Auxilios. Las prácticas obligatorias se llevaban a cabo durante dos años en un hospital público. Además, los Practicantes que pretendiesen realizar partos debían someterse a un examen y haber hecho prácticas en un hospital maternal durante un año. Esta decisión gubernativa trajo como consecuencia la protesta fundamentada del colectivo de practicantes; veámosla con un cierto detenimiento.

La Asamblea de Practicantes de España edita un texto reivindicativo bajo el título *A S.M. el Rey D. Alfonso XIII con motivo de su jura y proclamación*. Este texto, que es una larga carta, se imprime en Madrid con fecha de 17 de mayo de 1902 en la Tipografía de Luis Montero. En el mismo se dice:

“Señor:

*El Cuerpo de Practicantes de Medicina y Cirugía, constituido en Asamblea magna, solemniza el fausto acontecimiento del la Coronación V.R.M.*

*Ínfimos obreros auxiliares del Arte Médico y Quirúrgico, los que componemos esta Asociación, estamos exceptuados por nuestra humilde condición de poder ofrecer á Vuestra Soberana Grandeza, otros opulentos homenajes (...) Impulsados por la arraigada fe, que estos elevados sentimientos nos inspiran nos atrevemos a acercarnos reverentemente al augusto trono de V.R.M., fortalecidos con la esperanza de que, Vuestro magnánimo espíritu sancionará la justicia de nuestra petición. Ciertamente que este nuestro respetuoso atrevimiento está motivado, por la plena convicción que en todos los conceptos nos inspiran la legitimidad de todos nuestros derechos; pero, es además con causa poderosa que nos impele á levantar nuestra humilde voz ante Vuestra regia soberanía, la apremiante necesidad de demandar para nuestra desvalida profesión, la benéfica protección á que la justicia de nuestros derechos es acreedora.*

*Hemos asignado á nuestra profesión el epíteto de desvalida y la triste realidad de los hechos sancionan y confirman este calificativo; porque, creada con el único y exclusivo fin, de instituir un cuerpo de Auxiliares aptos y competentes para ejercer su útil y recíprocamente necesario ministerio, al inmediato servicio de la Medicina y de la Cirugía, era natural pensar que de éstas habría de recibir tutelar protección, en vez de la completa orfandad á que desdeñosamente la han relegado (...)” (pp. 3, 4 y 5).*

En este fragmento, que consideramos de enorme valor para los fines de nuestro trabajo, los practicantes españoles desvelan abiertamente y sin reservas su **auténtica y genuina identidad**. Se identifican como “humildes obreros auxiliares de la Medicina y Cirugía” y proclaman públicamente y por escrito, ante la más alta instancia del reino en el día de su coronación, cuales son sus ideas e ideales y razón de existir, es decir, cual es la naturaleza de su profesión. Y sin temor a equivocarnos, la naturaleza de la profesión de los practicantes españoles es, según escriben **ejercer siempre al servicio de otra profesión**. Este acto identitario y

reivindicativo, será el inicio de otros muchos que iremos señalando a lo largo de este capítulo y sucesivos (ver figura 5.10.).

Se refieren al artículo 4 del Real Decreto de 1901, que hemos mencionado ya. A lo largo del texto siguen fundamentando el carácter absurdo de la medida que les limita al ejercicio profesional en poblaciones superiores a 100.000 personas. Por otra parte, exponen la arbitrariedad de la medida al depender del juicio de un médico cuando han sido habilitados por un tribunal de catedráticos, refrendando los conocimientos necesarios para el ejercicio de la obstetricia. En este mismo texto, manifiestan también claramente el conflicto con el colectivo profesional de matronas. Así, escriben:

*“Existe una institución profesional de matronas, cuyos peculiares estudios son los mismos que á nosotros se nos exigen, ¿qué razón podrá existir para conferir á éstas la amplia intervención que á nosotros con tanta tiranía se nos restringe? De buena voluntad concedemos que el pudoroso recato obligue en ocasiones á la mujer á buscar en otra de su mismo sexo los auxilios científicos encaminados á este fin, pero esto que, en todo caso constituye una razón para justificar la institución expresada, no prueba nada en favor de la arrogante intolerancia con que á nosotros tan injustamente se nos perjudica, porque precisamente nuestras atribuciones profesionales, lo mismo en la práctica particular que en la del hospital, las ejercitamos en cuantas especialidades patológicas son requeridas, sin el más leve detrimento de la moral ni del decoro (...) en cuanto al asunto fundamental concierne, toda vez que pueden ser urgentemente necesarias intervenciones prácticas, - (deplecciones sanguíneas, generales y locales, ventosas, hidroterapia, etc.) -, propias y exclusivas de nuestra esfera de acción y totalmente excluidas en absoluto del círculo de sus atribuciones”* (pp. 10 y 11).

A partir de este momento, y como iremos señalando, los conflictos profesionales entre practicantes y matronas, y posteriormente enfermeras, serán habituales. Los practicantes, una y otra vez, se proclamarán como los auténticos y genuinos auxiliares de la medicina y de la cirugía.

A partir de 1904, el Real Decreto de 10 de agosto, del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, reorganiza los estudios de la carrera de matronas y practicantes. Los practicantes continúan con el programa de estudios publicado en la gaceta de 3 de junio de 1902. Sin embargo, en el artículo 11, aparece una novedad importante, el título de practicante podrá ser obtenido por las mujeres. Recordemos que los prácticos (barberos, flebotomianos, sangradores, romancistas, ministrantes, practicantes) habían sido siempre varones.

En cuanto a los estudios de Matrona las materias que estudiaban en el primer curso eran: Anatomía, Fisiología, Higiene, Prácticas de asepsia y antisepsia. Durante el segundo año Obstetricia, Asistencia a partos normales y Cuidados de la madre y recién nacido. Los estudios podían ser oficiales y no oficiales, con una duración de dos cursos académicos y siendo obligatorias las prácticas en una clínica de obstetricia, fuera esta de una facultad de medicina o de una casa de maternidad.

Pasarán diecisiete años hasta que aparezca una nueva regulación en los estudios de estas dos profesiones. Así, en 1921 el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, a través del Real Decreto de 7 de octubre, fija el número de materias para las carreras de Medicina, Odontología, Practicantes y Matronas, veamos algunos pequeños cambios. Para los Practicantes se señalaban los siguientes contenidos a cursar: Anatomía y Fisiología elemental, Asepsia, Antisepsia, Apósitos, Vendajes y Cirugía menor. Mientras, las Matronas estudiaban Anatomía y Fisiología elemental, Asepsia, Antisepsia, Elementos de higiene y Obstetricia elemental.

No es hasta el año 1926, con la aparición de la Real Orden de 11 de septiembre de este año, cuando se establecen los nuevos requisitos previos para poder cursar ambas titulaciones. Se exigía el título de Bachiller elemental. Posteriormente, en 1928, el Real Decreto de 28 de agosto, establecía el reconocimiento de Escuelas de Enseñanza para las Matronas, y explicitaba la normativa con carácter de Escuela Práctica. Además, las enseñanzas se estructuraron del siguiente modo: durante el primer curso Anatomía, Fisiología, Higiene, Asepsia general y especial, Instrumentos y apósitos, Desinfección de los enfermos, Preparación para intervenciones, Arreglo del quirófano y Atención en partos distócicos. Durante el segundo año, Obstetricia, Higiene de los recién nacidos, Colaboración en las operaciones obstétricas y ginecológicas.

Apreciamos en este último programa de la formación de matronas que se incorporan explícitamente al *currículum* temas orientados a la vertiente técnica asistencial, que hasta este momento, tal y como hemos ido señalando, la matrona no estudiaba. Concretamente nos estamos refiriendo a los temas sobre los instrumentos y apósitos y a la colaboración en las operaciones obstétricas y ginecológicas. Recordemos que los practicantes hasta este momento ayudaban en las grandes intervenciones quirúrgicas.

La Real Orden de 15 de marzo de 1928, publicada en *La Gaceta* del día 23, sobre la conmutación de estudios de ambas carreras, supuso para las matronas una nueva desigualdad ya que la conmutación de la carrera de matrona por la de practicante se declaró improcedente. Se argumentó que existían grandes diferencias en los programas. En el apéndice sobre Desarrollos Legales recogemos los principales desarrollos legales que mediaron en el proceso que estamos describiendo.

Por otra parte, sabemos que en el hospital de Santa Cristina fue inaugurado en el año 1902, por la reina Doña María Cristina de Austria, posteriormente, en 1916, en la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, se aprobó el Reglamento para la primera Escuela de Matronas de España de la que se tiene referencia legal (ver Terré, 1997). En 1932 sabemos que esta Escuela Especial de Matrona por Decreto de 3 de febrero, y que pertenecía a la Fundación benéfico-docente Casa de Salud Santa Cristina, se convertirá en Escuela oficial dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Posteriormente, en el año 1936, en los estatutos de la Junta de Patronato de la Casa de Salud de Santa Cristina, podemos leer en el artículo 1º que esta Junta “*es una Asociación de beneficencia particular de carácter docente, clasificada como tal por el Ministerio de instrucción Pública y Bellas Artes en Real Orden de 4 de mayo de 1918*” (p. 3) (ver figura 5.11.).

Como podemos apreciar en lo señalado hasta ahora, la formación de los practicantes y matronas estuvo marcada por asimetrías que nos parecen importantes para los fines de nuestro trabajo, en lo que se refiere a la constitución de una identidad enfermera. La evolución de los planes de estudios y los cambios más significativos en los requisitos para estudiar estas dos profesiones se resume en la



tabla 5.2. Los contenidos curriculares previstos para estas titulaciones aparecen en la tabla 5.3.

Tabla 5.2. Planes de estudio. Practicantes y Matronas

Normativa	1902 Practicante	1904 Practicantes y Matronas	1921 Practicantes y Matronas	1926 Practicantes y Matronas	1928 Matrona
<b>Requisitos de Ingreso</b>					
Estudios previos	Cursados estudios de primera enseñanza superior	Certificado de enseñanza primaria superior	Certificado de enseñanza primaria superior	Título de Bachiller elemental	Título de Bachiller elemental
Edad.	Cumplidos 16 años	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)
Otros.	Examen de ingreso ante tribunal compuesto por tres catedráticos	Autorización del marido para matronas casadas Las mujeres pueden acceder a los estudios de practicante.	Autorización del marido para matronas casadas Las mujeres pueden acceder a los estudios de practicante.	Autorización del marido para matronas casadas Las mujeres pueden acceder a los estudios de practicante.	Autorización del marido para matronas casadas Las mujeres pueden acceder a los estudios de practicante.
<b>Duración Estudios</b>					
Horas de Práctica	Dos cursos Certificadas por facultativo de haberlas realizado	Dos cursos Obligatorias dirigidas por facultativo	Dos cursos Obligatorias dirigidas por facultativo	Dos cursos Obligatorias dirigidas por facultativo	Dos cursos Obligatorias dirigidas por facultativo
Examen reválida tribunales facultativos	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título
Otros	Enseñanza libre y oficial	Enseñanza libre y oficial	Enseñanza libre y oficial	Enseñanza libre y oficial	Escuelas de Matronas
<b>TÍTULO EXPEDIDO</b>	Practicante	Practicante, Matrona	Practicante, Matrona	Practicante, Matrona	Matrona

Fuente: Elaboración Propia

\* En la Normativa no se especifican horas de enseñanza teórica.

Tabla 5.3. Planes de estudio. Practicantes y Matronas (continuación)

Normativa Asignaturas/ materias o temas de los programas	1902	1904	1921	1926	1928
<b>Practicantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones con médicos y farmacéuticos.</li> <li>Condiciones morales.</li> <li>- Anatomía.</li> <li>- Fisiología.</li> <li>- Embarazo, parto y puerperio.</li> <li>- Recién nacido.</li> <li>- Anestesia.</li> <li>- Terapéutica.</li> <li>- Vendajes.</li> <li>- Masajes.</li> <li>- Vacunación.</li> <li>- Curas y procedimientos quirúrgicos.</li> </ul>	Asignaturas del Plan de Estudios de 1902.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomía y Fisiología elemental.</li> <li>- Asepsia.</li> <li>- Antisepsia.</li> <li>- Apósitos,</li> <li>- Vendajes.</li> <li>- Cirugía menor</li> </ul>	Asignaturas del Plan de Estudios de 1921	Asignaturas del Plan de Estudios de 1921
<b>Matronas</b>	Asignaturas del Plan de Estudios de 1861	<p><b>Primer curso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomía</li> <li>- Fisiología.</li> <li>- Higiene,</li> <li>- Prácticas de asepsia y antisepsia</li> </ul> <p><b>Segundo curso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstetricia,</li> <li>- Asistencia a partos normales y Cuidados de la madre y recién nacido</li> </ul>	Anatomía y Fisiología elemental. Asepsia. Antisepsia. Elementos de higiene y Obstetricia elemental	<p><b>Primer curso:</b></p> <p>Anatomía. Fisiología, Higiene, Asepsia general y especial, Instrumentos y apósitos, Desinfección de los enfermos, Preparación para intervenciones, Arreglo del quirófano y Atención en partos distócicos</p> <p><b>Segundo curso:</b></p> <p>Obstetricia, Higiene de los recién nacidos, Colaboración en las operaciones obstétricas y ginecológicas</p>	Asignaturas del Plan de Estudios de 1926

Fuente: Elaboración propia.

\* En la Normativa no se especifican horas de enseñanza teórica.

Una vez comentados los primeros aspectos relacionados con la formación de practicantes y matronas, consideramos necesario referirnos a la Institución Libre de Enseñanza por la destacada influencia de esta organización en los derroteros de la educación general de nuestro país y en particular en el inicio de la formación de las enfermeras. A continuación, pasaremos a analizar la Institución Libre de Enseñanza, y más adelante en otro apartado la vinculación de esta Institución con la enfermería.

### **2.3. Los orígenes históricos de la I.L.E.; las dos cuestiones universitarias.**

Aunque se trata de un tema suficientemente conocido y al que se han dedicado monográficamente algunos trabajos casi definitivos (Cacho Viu, 1962; Jiménez-Landi, 1973; 1987), creemos oportuno reseñar aquí algunos de los rasgos centrales del proceso que dio lugar a la fundación de la I.L.E. y a continuación resaltar su relación con la enfermería a través de la figura del doctor Rubio y Galí. Seguiremos para ello muy de cerca la síntesis que de este proceso ha llevado a cabo Blanco (1993).

#### **2.3.1. El proceso fundacional.**

La idea de fundar una institución educativa de carácter privado surge en Francisco Giner de los Ríos durante los meses de confinamiento en Cádiz, después de haber sido expedientado y expulsado de la universidad tras la denominada “segunda cuestión universitaria” y se puede rastrear en la correspondencia entre los tres principales encausados: Giner, Salmerón y G. de Azcárate (ver Azcárate, 1967). Inicialmente la idea era fundar una Universidad en Gibraltar; más tarde se habló de crear una Escuela de Derecho en Madrid; después de un centro de segunda enseñanza. Por fin, y pensando muy probablemente en la labor de los krausistas belgas se pensó en tomar como modelo la Universidad Libre de Bruselas.

El proyecto toma forma a través de las bases firmadas el 10 de marzo de 1876, y que habían sido en su mayor parte redactadas por Giner. Firman estas bases Salmerón, Giner y Azcárate, a los que se suman los dos profesores expedientados en Santiago, más I. Figuerola, E. Montero Ríos, S. Moret, J. A. García Labiano y J. Mesía...

Una semana más tarde se reúne la primera Junta de Accionistas de la I.L.E.. Se eligen presidente y secretario en las personas de Figuerola y González Linares, respectivamente. Se cuenta ya con 201 accionistas y 231 acciones suscritas. Se nombran los miembros de la Junta Directiva en la que Giner por iniciativa propia se negó a entrar. Se creó, además, una Comisión de Propaganda y una Junta Facultativa, de la que sí formó parte Giner.

Aunque es imposible entender el funcionamiento de la I.L.E. sin analizar sus fundamentos filosóficos. De momento, nos limitaremos a señalar que el proyecto fundacional de la I.L.E. depende filosóficamente de la inflexión positivista del krausismo tras el aparente fracaso del krausismo tradicional durante el sexenio revolucionario. Se trataba, en definitiva, de vincular los dos términos básicos de la nueva situación filosófica: libertad y conocimiento, de **crear una moral pública basada en el ejercicio de la ciencia**. Y esta tarea no podía ser llevada a cabo desde la mera legislación. Las leyes resultan inoperantes si no hay hombres dispuestos a asumirlas. El medio inmediato para viabilizar la tarea consistía, entonces, en formar una elite de hombres capaces de encarnar esta nueva moral pública. La I.L.E. debía ser el ámbito institucional adecuado para poner en marcha tal proceso, y Giner el hombre que lo hizo posible.

La I.L.E. surge, pues, como una consecuencia histórica de la “segunda cuestión universitaria”, aunque sus raíces, como hemos insinuado, pueden ser rastreadas bastante más atrás. Su ocaso, no podía ser menos, tiene lugar como consecuencia del triunfo de los rebeldes tras la Guerra Civil. Pero entre ambos acontecimientos media una apasionante historia de casi sesenta años, que intentaremos esbozar en el apartado siguiente.

### **2.3.2. Desarrollo histórico.**

Podemos decir, siguiendo a Abellán (1988), que la historia de la I.L.E. puede ser dividida sin demasiados problemas en tres etapas bien definidas, marcadas por acontecimientos fácilmente discernibles. Durante la primera etapa, que iría desde la fundación (1876) hasta la reposición de sus cátedras a los profesores expedientados (1881), la I.L.E. funciona como una **universidad privada** en la que aquéllos y algunos allegados imparten sus enseñanzas (ver Jiménez-Landi, *op. cit.*; Cacho Viu,

*op. cit.*). No cabe duda, efectivamente, de que la I.L.E. nace con una clara vocación universitaria, como lo había hecho antes de la “septembrina” el **Colegio Internacional** de Salmerón, clara anticipación de la I.L.E.. Se centra, por tanto, y siguiendo los planes de estudio vigentes, en preparar a sus alumnos para alcanzar el bachillerato, desarrollar los cursos preparatorios de **Derecho y Medicina y Farmacia** y ofertar una licenciatura en Derecho, con su correspondiente doctorado (ver planes de estudio en Jiménez-Landi, 1973; p. 718-719).

Muy pronto, lamentablemente, el fracaso económico acecha a los estudios universitarios, mientras los estudios de segunda enseñanza, adscritos al Instituto San Isidro, se revelan como un auténtico éxito. La ratio de aprobados en los exámenes oficiales es casi siempre del 100%, si bien la I.L.E. tomaba muchas precauciones a la hora de seleccionar sus candidatos. La anhelada Universidad Libre deja de tener sentido en el corto lapso de dos cursos académicos.

Al mismo tiempo, la corta experiencia en segunda enseñanza indicaba que los alumnos ingresaban en el centro con una escasísima formación inicial, de manera que los institucionistas se entregan durante el curso 1978-1979 al diseño de una escuela primaria. el éxito no se iba a hacer esperar.

Es posible pensar que el obligado abandono del proyecto universitario representó un mal trago para Giner y sus colaboradores, pero, como señala Puelles, (1980) *“pronto comprendió Don Francisco que la batalla ideológica que sobre la educación iba a librarse bajo la Restauración se centraría en los primeros niveles educativos”* (p. 288). Con esta idea en la cabeza se decide, a comienzos del curso 1980-1981, fundir en un solo ciclo primera y segunda enseñanza:

*“Nuestro propósito es que los alumnos recorran cada año no una parte de cada enseñanza, sino el dominio íntegro de todas, aunque en muy reducidos límites al comienzo, y ampliando después estos límites en todas direcciones, es decir, ganando sucesivamente extensión, elevación y profundidad”* (Memoria de 1880, B.I.L.E., 4; p. 103).

La necesidad lógica o histórica, o ambas cosas a la vez, de recurrir a la primera enseñanza fue vista por muchos de los detractores del krausismo como el

mejor indicativo del fracaso programático de aquella filosofía. Así, el previsible comentario de Menéndez Pelayo al respecto no puede ser más ilustrativo.

*“El krausismo, perdiendo el centro de las Universidades y la alta dirección científica [tras la Restauración], ha tenido que refugiarse oscuramente en la enseñanza de párvulos. No de otro modo el tirano Dionisio, después de haber oprimido por muchos años a los siracusanos, tuvo que reducirse en su vejez a poner escuela de niños en Corinto”.*

Así, pues, cuando el Ministro Albareda firma el decreto de restitución a la Universidad de los profesores expedientados, las enseñanzas universitarias estaban ya sentenciadas en la Institución. La dispersión de los profesores a sus centros de destino, en unos casos, y el exilio político, en otros, dejan a la I.L.E. sin profesores de prestigio y obligan a recurrir a profesores jóvenes y con poca experiencia docente. Entre el profesorado de la Institución no queda ya ninguno de los hombres que acompañó a Giner en su enfrentamiento a la Monarquía Restaurada, sino otros más modestos y casi desconocidos. Entre ellos figuraba Manuel Bartolomé Cossío, el tío de Viqueira, acompañado por el propio Giner, E. Lozano, J. Lledó, J. Ontañón, F. Quiroga, R. Rubio o J. Sama.

Superada, no sin serias dificultades, la crisis económica y los problemas organizativos provocados por la restitución y por otros factores internos (escasa motivación del cuerpo de profesores, ausencia de identificación el proyecto, etc.), la I.L.E. entra de lleno en su segunda etapa, que podemos denominar **“etapa colegial”**. En realidad, esta etapa se extendería hasta el ocaso de la Institución, pero, por los acontecimientos que tienen lugar en 1907, parece necesario postular una tercera etapa.

La tercera y última etapa de la Institución supone la ocasión para la puesta en marcha y el desarrollo hasta sus últimos extremos del ideal de reforma educativa de Giner. La concepción de la enseñanza que se ensaya en la I.L.E. y que logra pervivir, en gran parte, gracias al esfuerzo y el tesón personal de don Francisco, resultaba sencillamente revolucionaria para su época. Los rasgos principales de su concepción educativa han sido puestos de manifiesto en numerosos trabajos (ver Laporta, 1977). Se puede afirmar, de cualquier manera, que la pedagogía gineriana

se inspira en las ideas de Rousseau, Pestalozzi y, sobre todo Fröbel. Es sabido que en cuanto éste conoció a Krause se convirtió abiertamente en su discípulo y se encargó de manera implícita de desarrollar una teoría krausista de la educación. En este sentido, constituye la I.L.E. una suerte de fase de transición hacia el espíritu de la “Escuela Nueva”.

Los rasgos que mejor definen esta tradición pedagógica serían: 1) el fomento de la responsabilidad individual, más que la disciplina externa, 2) el énfasis en el desarrollo integral de la personalidad en detrimento de la mera acumulación de conocimientos (no se utilizan libros de texto, no hay programas educativos cerrados, ni exámenes, etc.), 3) la incardinación del aprendizaje vital y el aprendizaje académico (excursiones a la sierra, visitas a museos, instituciones políticas, culturales, fomento de actividades lúdicas, etc.), 4) el uso del método intuitivo y socrático, y 5) la neutralidad y aconfesionalidad religiosa.

Esta tercera etapa comienza en 1907 y supone un ejercicio de expansión institucional del espíritu de la I.L.E.. Tras años de no intervención directa en la política, algunos institucionistas de la última hornada (Besteiro, F. de los Ríos o Verdes Montenegro) deciden adquirir compromisos en el seno de opciones ideológicas concretas, hecho que va preparando una suerte de evolución en el seno del institucionismo, desde los intereses de la burguesía a la que representa el espíritu krausista a los intereses de sectores más amplios de la sociedad española (ver, por ejemplo, Puelles, 1980).

Por otro lado, bajo la supervisión personal de Giner, se pone en marcha el proceso fundacional de la **Junta para Ampliación de Estudios e investigaciones Científicas**. Es conveniente anticipar que la Junta era una institución pública que dependía administrativamente del Ministerio de Instrucción Pública, ahora ya segregado del Ministerio de Fomento, gracias, en gran medida, a los esfuerzos de los institucionistas. No obstante, y bastante justificadamente, la I.L.E. y la Junta eran entendidas muy a menudo como dos frutos de un mismo esfuerzo ideológico. Más evidente resulta aún el patronazgo ideológico de la I.L.E. en algunas de las creaciones propias de la Junta, como las **residencias de estudiantes** o el **Instituto-Escuela**.

El ocaso de la I.L.E. se produce formalmente con el advenimiento del nuevo régimen tras la Guerra Civil, pero de hecho ya se venía produciendo desde el estallido de la misma. El rechazo al espíritu liberal-burgués entrañado en la Institución y en muchas de sus realizaciones se hizo manifiesto desde que, con la guerra, comenzaron a radicalizarse las posiciones ideológicas. Florentino Pérez-Embido (1962) resume, no sin un cierto dramatismo, las razones de este proceso:

*“... algunos institucionalistas aislados recibieron incluso ciertas indentaciones intelectuales al marxismo, pero esto fue sólo algo esporádico, ya que la actitud mental y vital de los hombres de la Institución es, por antonomasia, la de la izquierda burguesa: laicismo, secularización, refinamiento estético, puritanismo moral, propósitos minoritarios, formas de vida típicas de la clase media decimonónica”.*

*“Esto es, precisamente, lo que explica que, cuando en la guerra española de 1936-39 estallaron las tensiones religiosas y sociales que venían arrastrándose desde nuestro siglo XIX, la ola de violencia encarnada por las milicias marxistas y anarco-sindicalistas pulverizase y aventase – como escorias burguesas – todo lo que quedaba de cuantos centros y organismos habían sido hogares e instrumentos de los hombres de la Institución” (p. 5).*

Sea como fuere, la Guerra Civil y el nuevo régimen político dan al traste con una tradición de pensamiento, con una actitud vital, y con una institución cuyo espíritu había penetrado en todas las esferas de la sociedad española. Quizás el único error estratégico de los institucionalistas, probablemente voluntario, consistió en exagerar el influjo causal del mundo de las ideas sobre el comportamiento de los individuos concretos, en cerrar los ojos ante el desolador panorama de una España fragmentada, esquizofrénica y cargada de rencores desde hacía más de un siglo. La mente de un obrero sobre-explotado por una burguesía casi dinástica, o la de un militar ambicioso condenado a garantizar un orden social en el que no creía, no son, en ningún caso, equiparables a la mente del buen salvaje roussoniano sobre la que descansaba, en último término, la esperanza educativa y de cambio social de los institucionalistas.



En el próximo apartado trataremos de señalar concretamente la vinculación entre la Institución Libre de Enseñanza (I.L.E.) y la enfermería a través de la trayectoria profesional del Dr. Rubio y Galí.

### **2.3.3. Federico Rubio. La Institución Libre de Enseñanza y la enfermería.**

La relación de Federico Rubio con la I.L.E. se puede constatar por su pertenencia a la Junta Directiva entre 1876 y 1879 en calidad de consiliario. También en su calidad de profesor firmante de los Estatutos de la I.L.E. Su propósito de contribuir a la reforma de la educación es innegable. Veámoslo ahora a través de un breve análisis del manuscrito autógrafo de sus memorias de niñez y juventud (*Mis maestros y mi educación*, 1912; 1977) (ver figura 5.12.). En todo el texto aparece la preocupación por la educación en dos vertientes fundamentales: la instrucción académica y la educación familiar y social. Ya en el introito señala

*“hace tiempo me preocupaba el problema de la educación” (...) “Acreció mi interés con la lectura del Boletín de la Institución Libre de Enseñanza, que, llevando en nuestro país la bandera de los últimos adelantos pedagógicos, al tratar los múltiples temas que la misma entraña, ha agujoneado mi perezosa voluntad hasta hacer saltar y, sin poder contenerme, tomar la pluma y dejarla correr” (p. 21).*

Describe de forma magistral, y de manera muy especial, la clase media en Andalucía. Detalla cómo las mujeres no sabían leer ni escribir y ejemplifica cómo su madre se las ingenió para leer las cartas que su padre desde el frente le enviaba. Debemos tener en cuenta que estas memorias fueron escritas, en opinión de su primer prologuista, catorce años antes de su muerte.

Sabemos de Don Federico que fue liberal, republicano, miembro del Partido Federal, masón, hombre profundamente religioso y con rectitud de principios. Vemos, pues, que las ideas de Don Federico son complejas. Su ideal educativo y su pertenencia a la Institución Libre de Enseñanza, además de otras instituciones antes fundadas por él, culminan, por lo que a nosotros nos interesa, con la creación de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría.

El ideal educativo se puede colegir perfectamente a partir de algunas reflexiones recogidas en el libro ya citado:

*“Pretender que la educación y la enseñanza se obtienen exclusivamente de los maestros es el concepto más estrecho y absurdo que se puede imaginar”* (p. 236).

*“Todo educa y enseña; las propias emociones y sensaciones; aún más los dolores y las pesadumbres. Educa todo lo que nos rodea, desde que nacemos hasta la muerte. Tanto como de los maestros, más que de los maestros, aprendí yo del comercio y trato con mis compañeros.”*

*“Considero el vicio digno de atención pedagógica”* (p. 270).

*“En rigor la educación es: el arte de vivir socialmente”* (p. 342).

Veamos a continuación la contribución de este maestro al desarrollo de la enfermería profesional. En este trabajo entendemos la contribución de este ilustre médico condición necesaria para la futura regulación de la profesión enfermera.

#### **2.4. La creación del cuerpo de enfermeras.**

Como acabamos de indicar, concretamente en el año 1896, el Dr. Rubio y Galí funda la primera Escuela de Enfermería de España, que, con el nombre de Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, comenzaría a funcionar en octubre de ese año. Veamos ahora el Modelo de Enseñanza de este centro:

En cuanto a los requisitos exigidos a las aspirantes, el fundamental era profesar la religión católica. En cuanto a la edad, debían de haber cumplido 23 años y tener menos de 40. La duración de los estudios era de dos años. Recibían las enseñanzas teóricas impartidas por los médicos del hospital. Al finalizar los estudios se les otorgaba un certificado de actitud que las capacitaba *como enfermeras en medicina y cirugía*.

El objetivo de Rubio y Galí era formar enfermeras que estuviesen preparadas para la asistencia hospitalaria y fueran capaces de ayudar en las intervenciones y curas quirúrgicas, realizando su labor de un modo artístico y científico. Otro de los

requisitos, según Albarracín (1973; citado por Herrera, 2005), era que las mujeres debían ser “*sanas, robustas y dóciles*” (p. 4).

En diversos trabajos (ver, entre otros, Domínguez Alcón, 1986; Herrera, 2005) se habla de la indumentaria de las primeras estudiantes de enfermeras en España. Asimismo, en el prólogo que Marco (1902) hace a la obra póstuma del doctor Rubio, *La Mujer Gaditana*, este autor señala la vestimenta de las enfermeras y las actividades que realizaban. En cuanto a la vestimenta de las aspirantes a enfermeras, debían vestir de rayadillo con delantal blanco, en cuyo peto llevaban la Cruz de Malta morada con la corona real bordada en el centro y una inscripción en seda amarilla con el título de la escuela. Iban descalzas de pie y pierna, sólo usaban alpargatas abiertas y zuecos de madera; llevaban el pelo cortado al rape y cubrían su cabeza con un birrete ribeteado de amarillo. Como se puede observar el aspecto, externo era tenido en cuenta.

Según Marco (1902), el primer requisito exigido a las aspirantes a enfermeras era que profesasen y practicasen la religión católica, y, en opinión de Álvarez Sierra (1947), uno de los grandes aciertos del doctor Rubio, que la historia de la medicina y de la higiene pública tendrán que recoger, fue la creación de la profesión de enfermeras. Este mismo autor señala,

*“en los tiempos actuales, en España y fuera de España, ha tomado gran importancia el cuerpo de enfermeras, que como auxiliares del médico, como elementos intermediarios entre la prescripción facultativa y el paciente, vienen desarrollando una formidable labor, gracias a la cual las asistencias son más perfectas y el resultado final de las operaciones más completo”* (p. 161).

Este mismo autor en la introducción a las instrucciones para las enfermeras internas, destaca la necesidad de que estas mujeres,

*“adquieran cierta cultura, ciertas costumbres de modestia y ciertos conocimientos que las permitan, terminados los dos años de su compromiso y de su carrera, ganarse honradamente la vida y ser buenas madres de familia”* (p. 167).

En la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría y en el Instituto Rubio el pensamiento altruista que imperaba era *“todo para el enfermo, y cuanto más necesitado más atendido”*. Según Álvarez Sierra (1947),

*“La interior satisfacción contribuye a la dicha.*

*En medio de la mayor pobreza, goza el noble con sus blasones, y es frecuente que no trueque la ufanía de su estirpe por todas las abundancias.*

*Cuán hermosa es procurar esta satisfacción interior, poniéndola en justos fundamentos.*

*Y en ninguno como en la humildad personal, consagrada por el amor de Dios en bien de sus criaturas.*

*Poseerse de este sentimiento constituye la mayor sabiduría. El temple el espíritu como lima indeseable, y pone al mísero cuerpo por encima de las necesidades que, insatisfechas, nos mortifican.*

*Nada más poderoso que el humilde, porque voluntariamente abatido, nada puede abatirle.*

*Y cuando, fortificado de tal manera, se propone consagrar la vida al bien, entonces se puede decir: Querer es poder.*

*Llega, pues, más allá la humildad que la soberbia; y sólo hay el peligro de que el mismo poder nos lleve, como ha llevado a muchos, a la soberbia de la humildad”* (pp. 165-166).

El pensamiento de Rubio y Galí, que impregna la educación de las futuras enfermeras, se recoge en su libro *Cartas del Doctor Rubio y Galí a las Curadoras del Instituto de Terapéutica Operadora* (ver figuras 5.13., 5.14.). En la primera carta, de fecha 10 de mayo de 1897, que dirige a Doña Isabel Ros de Olano de Page, escribe:

*“Sirva como instrucciones o guía para el cargo de señoras curadoras (...) El instituto quirúrgico es un hospital cuál los demás, pero perfeccionado en lo que ha sido posible, así las señoras curadoras han de ser unas como visitadoras y patronas perfeccionadas con algo más (...) Lo que tienen que*

*hacer, es parecer que no hacen nada. Visitar sencillamente a los enfermos, consolarlos y confortarlos. Animar a las enfermeras para que lleven con paciencia sus trabajo. Levantar el espíritu de todos, dignificando la humildad con el ejemplo de un trato sencillo y serio. Informarse del estado y orden de los servicios; y, una vez enteradas por sí mismas, ver si está y marcha todo conforme con lo que disponen los estatutos, reglamentos e instrucciones, impresas o manuscritas tanto para las enfermerías como para las enfermeras, para los enfermos, dependencias, etc (...) El paso más difícil y atrevido dado por el Instituto de que son curadoras consiste en proponerse regirlo en un Régimen de Familia esto es, hacer de un Hospital una familia de enfermos, cuidados y asistidos y atendidos por una familia de sanos de corazón a cuya cabeza están las señoras curadoras, y, seguidamente, las Alumnas enfermeras, los médicos y dependientes cada cual en su lugar. Dejo a la natural inteligencia de las señoras curadoras (...) ellas tienen que enseñar con el ejemplo a enfermos y enfermeras. Los primeros, por lo general maleducados, obligan a emplear con ellos mucha caridad y paciencia. Las segundas, no penetradas todavía, de la alteza de sus cargos exigen que poco a poco se les vaya haciendo comprender que su posición les obliga, ya que las iguala a médicos, abogados y sacerdotes, a la misma respetabilidad de su conducta y porte” (pp. 6 y ss).*

Los Requisitos de la enseñanza que se exige el propio Dr. Rubio los explicita, según Rubio Chacón, en su obra *Instituto Rubio y los Estatutos de su fundador* (1916),

*“en su primera carta a las Curadoras declara el Doctor Rubio que a ellas incumbe el velar por el servicio religioso en el Instituto en el cual se practica exclusivamente el culto católico. Profesión católica, se exige a las enfermeras internas. Todo el régimen interior corre a cargo de ellas, y la inspección a las señoras curadoras...”*

***Las alumnas van a la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, para aprender práctica y teóricamente un servicio técnico que ninguna Asociación religiosa de mujeres puede practicar, por vedárselo sus reglas y constituciones, usos y costumbres. Se trata de un hospital y de***

*unos dispensarios de cirugía y sus especialidades, donde hay que curar a enfermos de todas edades y de los dos sexos, sin distinción de órganos enfermos. Repito que en un servicio técnico no pueden intervenir más que técnicos, hasta, auxiliares. Las personas no técnicas no pueden substituir a las técnicas ¿Y a las curadoras iba tampoco a sustituirlas nadie con más respetabilidad que ellas...*

*¡Bien están las Curadoras y las Enfermeras en el Instituto Rubio! Son intangibles unas y otras (...) Las ampara el Patronato del gobierno” (pp. 105-106; énfasis añadido).*

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

El Instituto Rubio estaba formado por diversos edificios (Rubio Chacón, 1916). Estos eran “*pabellón directivo, Enfermería de hombres, Enfermería de mujeres, Pabellón de infecciosos y Pabellón de dispensarios. La capilla-panteón, Pabellón de operaciones y esterilización*” (p. 233). Rubio y Galí creó asimismo, “*un Montepío para las enfermeras de la Escuela de Santa Isabel de Hungría desembolsando la cantidad de 18.428,88 pesetas*” (p. 24) (ver Apéndice Iconográfico, figura 5.15.).

Sin embargo, la formación para las enfermeras fue un hecho aislado que tuvo lugar en el Instituto Rubio, ya que como veremos en el apartado siguiente, tuvieron que transcurrir dos décadas para la autorización legal de la formación reglada de las enfermeras en España

Podemos afirmar que en esta Escuela se inculcaron ideas de subordinación y dependencia, aunque debemos admitir que, teniendo en cuenta la época y el contexto, el acceso por parte de la mujer a la formación se vio favorecido por el movimiento krausista. Esto era posible siempre y cuando no se transgrediese el orden establecido. La educación de la mujer era muy importante, debía ser “virtuosa

e instruida” para así ocuparse de la educación de los hijos, siendo fiel compañera y transmisora de los valores fundamentales.

La creación original de este maestro, en cuanto a la formación e instrucción de las primeras enfermeras laicas con formación reglada en España, podemos sintetizarla, según Sellán (2006) del siguiente modo:

*“Sencillez, humildad, paciencia y, sobre todo, respetabilidad de conducta y porte para igualarse, como no podía ser menos, a personas respetables, a saber, médicos, abogados y sacerdotes. Por otra parte, el hacerse enfermera era un medio decoroso de vida. Ante todo la enfermera debía: obediencia al médico, auxiliarle y ejecutar las órdenes del tratamiento para que las operaciones lleguen a buen fin. La mujer enfermera debía formar una familia tanto dentro del hospital como fuera, ya que la mujer era la otra mitad. Ser buena madre de familia, consagrando su vida a los demás y sintiendo paz interior”* (p. 132).

Estos fueron los valores preponderantes de la socialización enfermera, valores que han perdurado hasta bien entrado el siglo XX, como iremos vislumbrando a lo largo de los capítulos siguientes. Estos valores serán las señas de la identidad de la enfermera española profesional. Las primeras enfermeras laicas que estudiaron en esta escuela fueron, según Álvarez Sierra (1964): *“Número 1, Salvadora D’Anglada Vallejo; 2., Eloisa D’Anglada VALlejo; 3, Quintina Fernández; 4, Juana Sumet; 5, Carolina Marquez; 6, Petra Martínez; 7, Pilar Sánchez; 8, Carmen Martínez; 9, Julia Triguero; 10, Manolita Gil”* (p. 5).

Salvadora D’Anglada fue designada Directora, una vez finalizado los estudios de enfermera, debido a que fue la número uno de su promoción. En la figura 5.16. del Apéndice Iconográfico, podemos observarla vestida con el uniforme de alumna. Como aportación de este trabajo a la historia de la enfermería española, mostraremos unas imágenes que muestran a las alumnas del Instituto Rubio realizando actividades asistenciales y docentes. En la figura 5.17. observamos la visita a los enfermos de un sacerdote acompañado de alumnas y de algunas damas. En las figuras 5.18. y 5.19. podemos apreciar a las alumnas aprendiendo las tareas asistenciales en las salas del Instituto Rubio. En las figuras 5.20. y 5.21. vemos a

las estudiantes en el aula recibiendo una clase teórica impartida por un médico y en el día en que obtienen el diploma de graduación.

Numerosos trabajos historiográficos de enfermeros españoles (ver, entre otros, Domínguez, 1986; Hernández Martín, 1996; Siles, 1999; Bernabeu y Gascón, 1999; Santo Tomás, 2000; Herrera, 2005) ponen de manifiesto la importancia del Dr. Rubio al fundar la primera Escuela de Enfermeras de España. Sin embargo, no hemos encontrado que en ellos se relacione cómo fue la vinculación del Dr. Rubio con la Institución Libre de Enseñanza. Creemos que la aportación que desde este trabajo ofrecemos, permitirá estudiar en mayor profundidad, aspectos importantes para comprender los orígenes de la enfermería profesional en España.

Veamos a continuación algunos textos, a través de los cuales podemos valorar los conocimientos que debían poseer los futuros profesionales sanitarios.

## **2.5. Textos.**

Comenzaremos este apartado recordando una serie de obras dirigidas a la formación de profesionales y a profesionales anteriores al siglo XIX, y que en diversos trabajos se relacionan con la formación del diverso personal que llevaba a cabo los cuidados a enfermos, pobres, menesterosos, niños, etc. (ver tabla 5.4.). Así, en las tablas hacemos referencia a dichas publicaciones. Como novedad presentamos la obra *Tratado de las enfermedades más frecuentes de las gentes del campo*. El manual que hemos manejado es la sexta edición, que fue publicado en Madrid, por la Imprenta De la Viuda, en 1795, y traducido por don Juan Galisteo y Xiorro, profesor de medicina. Consideramos que este texto representa un compendio de los conocimientos médicos de la época, pero además, está escrito con vocación de prevenir enfermedades y accidentes. Es un libro dirigido no sólo a los profesionales, digamos del sector de la salud, sino también a todas aquellas personas que sabiendo leer y sensatas puedan ayudar a prevenir algunos males remediables.

La obra que hemos manejado pertenece a la biblioteca particular de D. Carmelo Rodríguez. Veamos como el autor dirige su escrito a varios profesionales,



*“a todos los maestros de Escuela también con la inteligencia suficiente como para sacar utilidad de esta Obra; y estoy persuadido que podrían hacer un grandísimo beneficio. Yo quisiera que no sólo procurasen conocer la enfermedad, que es la única cosa algo difícil, aunque me parecer haberla aclarado cuanto he podido, sino también que aprendiesen á aplicar los remedios. Muchos se afeytan, y algunos he visto que sangraban y administraban lavativas con gran destreza; todos aprenderían esto fácilmente, y acaso no sería despropósito establecer en sus exámenes que supiesen sangrar. Estas habilidades, la de juzgar del grado de la calentura, el aplicar los vexigatorios y curarlos, serían de suma utilidad en los lugares donde habitan (...) Tampoco dudo que entre los mismos Labradores hay muchos, como yo los conozco, juiciosos, inteligentes y caritativos, que leerán con gusto este libro, le comprehenderán y ejecutarán con actividad sus máximas.*

*Finalmente espero que muchos Cirujanos que se hayan en las Aldeas y execren la Medicina con sus vecinos, le leerán, entrarán en los principios que establezco, y adoptarán los consejos, aunque acaso algo diferentes de los que han seguido hasta ahora (...)*

*Las Comadres podrán también ser más útiles, si quieren instruirse. Convendría que generalmente tuviesen más instrucción, aún en el arte que execren: los exemplos de los males que pudieran haber evitado, estando más impuestas, son bastante frecüentes, para desear que se remedien, y esto no sería imposible; pues nada lo es, quando los que gobiernan se empeñan con eficacia: pero sería preciso que tuviesen noticia del mal el qual es muy urgente” (pp. 22-23).*

TABLA 5.4. Manuales editados en España destinados a formación de quienes administraban cuidados (siglos XVI a XVIII)

Autor	Año	Título de la obra	Dirigido a
Damián Carbón	1541	<i>Libro del arte de las comadres (o madrinas) y del regimiento de preñadas y paridas y de los niños</i>	Comadres o comadronas
Oliva de Nantes Sabuco Barrera	1587	<i>Nueva filosofía, medicina y vera filosofía</i>	Para dar luz de la verdad al mundo
Melchor Gallego	1588	<i>Tractatus de Parochorum Obligatione tempore pestis</i>	Evitar el contagio de la peste
Juan Alonso Ruizes de Fonteché	1606	<i>Diez privilegios para mujeres preñadas</i>	Mujeres embarazadas y comadres.
Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón	1617 (1ª ed.)	<i>Instrucciones de enfermeros</i>	Enfermeros.
Simón López	1651 (manuscrito concluido, al parecer no llegó a publicarse por falta de aprobación, sufrió varias censuras)	<i>Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo</i>	Enfermeros.
Francisco Núñez	1693	<i>Libro del parto humano</i> , incluido en J. Ayala, <i>Principios de cirugía</i>	Comadres.
Diego Bercebal	1713 (1ª ed.) 1734 (2ª ed.)	<i>Recetario Medicinal Espagírico</i>	Enfermos y enfermeros para facilitar la adquisición de conocimientos
Babil de Gárate y Casabona	1756	<i>Libro nuevo, cuyo título: Nuevo y natural modo de auxiliar a las mujeres en los lances peligrosos de los partos, sin operación de manos ni instrumentos</i>	Comadres.
	1765	<i>Compendio en el arte de partear, o breve instrucción para las mujeres que quisieran ejercer el Arte de Comadre de Partos y Parteras</i>	Comadres
Antonio Pérez de Escobar	1766	<i>Avisos médicos populares y domésticos. Historia de todos los contagios: Preservación y medios de limpiar las casas, ropas y muebles sospechosos.</i>	Médicos, cirujanos, ayuntamientos.
M. Carrere, traducido por el Dr. Francisco Salvá	1786	<i>Manual para el servicio de los enfermos, o resumen de los conocimientos necesarios a las personas encargadas de ellos, y de las paridas, recién nacidos</i>	Enfermeros.
Tissot, traducido por Juan Galisteo y Xiorro profesor de Medicina	1795 (6ª ed.) (b)	<i>Aviso al pueblo acerca de su salud o Tratado de las enfermedades más frecuentes de las gentes del campo</i>	Médicos, cirujanos, comadres y maestros de escuela

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986)

Ahora veamos con un cierto detenimiento algunos textos publicados en nuestro país, dirigidos a los futuros profesionales sanitarios, que durante el siglo XIX y comienzos del XX se formaban en España.

En primer lugar, vamos a analizar un texto editado en 1825 en Madrid, titulado *Doctrina Moderna para los Sangradores* escrito por Le-Preux. En la portada del libro podemos leer que este autor fue primer cirujano y sangrador del rey D. Luis I, alcalde y examinador mayor del Real Protobarberato (ver figura 5.22.) El libro consta de 96 páginas y está dividido en nueve capítulos; en el primero, se estudia la flebotomía en general, en el segundo, lo que se debe de hacer y de observar antes de la sangría o flebotomía, en el tercero, se narra lo que se debe de hacer y de observar durante la sangría, en el cuarto, versa sobre lo que se ha de ejecutar después de la sangría, en el quinto, se habla de la flebotomía en particular, el capítulo sexto está destinado a estudiar los accidentes que sobrevienen a la flebotomía, en el séptimo se estudia la aplicación de las ventosas, en el octavo, la aplicación de las sanguijuelas y en el último capítulo, se analiza cómo es la dentadura y los accidentes que obligan a las extracción de dientes, colmillos o muelas. En este texto quedan reflejados las técnicas y procedimientos que en el ejercicio profesional realizaban los sangradores. Vemos, pues, que el sangrador tenía encomendado en su actividad profesional el arte del dentista. El texto refleja el tipo de contenidos teóricos-prácticos que necesitaban los sangradores para poder llevar a cabo el desempeño de sus actividades según la normativa vigente y, que hemos estudiado en este mismo capítulo, todas ellas entendidas como actividades técnicas y subalternas de la medicina.

Otro manual que hemos revisado lleva por título *Manual de Flebo-tomianos o Sangradores*, cuyo autor fue, don Ambrosio González del Valle. Este texto está editado en el año 1846, en La Habana (ver figura 5.23.). En el prólogo de este libro el autor señala,

*“la antigua intervención del sangrador en los enfermos, acaba de expirar, mero subalterno del facultativo obedece i cumple lo que él ordena. Reducido á su manual, no tiene necesidad de perderse en la profundidad de las causas patológicas i funcionales; bástele conocer la parte en que opera, i socorrer los accidentes i dificultades momentáneas”* (pp. 5 y 6).

En la página 7 de este manual se señala que la cirugía ministrante o subalterna es llevada a cabo por individuos auxiliares a la ciencia y a los que, según el autor, se les debe exigir un estudio especializado. El libro se estructura en tres secciones; la primera dedicada a la sangría y flebotomía, que incluye el estudio anatomo-fisiológico. En la sección dos se analiza la piel, se habla de la sangría local, escarificaciones y accidentes. Además, se estudia la aplicación de ventosas así como las sanguijuelas, vejigatorios así como la *moxa*, así como el sedal. Por último, la sección tres se dedica únicamente a las operaciones que se practican en los dientes. Vemos que en este libro, al igual en el manual de *Doctrina Moderna para los Sangradores*, los contenidos especifican claramente la vertiente técnica, con la finalidad de realizar unas actividades muy concretas en el ejercicio profesional de este grupo.

El siguiente manual que vamos a estudiar se titula *Manual de partos ó maniobra de los partos preternaturales, reducida a su mayor sencillez, precedida del mecanismo del parto natural*. Su autor, Julio Hatín, médico francés, y fue traducida al castellano por el doctor Bonifacio Martínez (ver figura 5.24.). Esta obra se edita en Madrid, en el año 1829, y se dirige, fundamentalmente, a todos los que realizan su labor en el ámbito de la obstetricia (ver el excelente trabajo de Guerra, 2004). El libro tiene dos partes diferenciadas. La primera parte se destina a estudiar la anatomía, y la segunda versa en sus distintas secciones sobre los partos y los distintos instrumentos que se deben utilizar así como los problemas postparto.

Posteriormente a las reglamentaciones de 1860 y 1861, se publican obras que recogen los conocimientos que debían adquirir los practicantes. Así, en el año 1870, se publica la tercera edición de *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*. Este texto fue escrito por el doctor Bonifacio Blanco y Torres (ver figura 5.25.). Se publica en Madrid. Como su propio título indica, se dirige a la titulación del practicante; además, sabemos que el doctor Blanco y Torres fue el responsable, según García Martínez (2004a), de la formación de los Practicantes en el Hospital General de Madrid. La obra se estructura según el programa vigente en España de la formación de practicantes del año 1861. Tiene tres bloques donde se estudian anatomía,

apósitos, vendajes, curas, el arte del dentista y del callista. Si bien no tenemos constancia de la exigencia de cualidades morales en el programa de formación de la titulación, en el apéndice de este texto se habla de ellas.

Posteriormente se publica el texto de Marsillach (1897) *Vademécum de practicante: Tratado de cirugía menor*. 2ª edición, editado en Barcelona, siendo esta la edición que nosotros hemos manejado (ver figura 5.26.) En la carátula figura también *Compendio teórico-práctico de los conocimientos indispensables á los aspirantes al título de practicante; á los que deseen optar á plazas de practicantes de los hospitales civiles o militares; a los sangradores, ayudantes de cirugía, enfermeros, etc.* Nos parece necesario de nuevo insistir cómo en este caso Marsillach identifica la existencia de profesionales diversos y dirige la obra a los practicantes (recordemos que la última regulación data de 1860). También a los sangradores, que según la legislación vigente en 1879, ya no existen, al menos como titulación en los estudios ofertados en las facultades de medicina, lo cual no quiere decir que en activo existan profesionales con esa denominación. Asimismo, menciona a los enfermeros, cosa que nos resulta sorprendente ya que, en toda la legislación que hemos revisado no existe esa figura en esos momentos. La titulación de enfermera se regula en España en el año 1915. No obstante, y como hemos visto, las figuras de enfermeros y enfermeras se recogen en las ordenanzas y reglamentaciones de algunos hospitales de siglos anteriores. También aparecen en este siglo en algunos hospitales, tales como el Hospital de la Santa Cruz en Barcelona en 1843, y, a partir de 1874, en diversos hospitales psiquiátricos que el hermano Benito Menni va gestionando por la geografía española (ver Eseverri, 1984).

Este texto de Marsillach está orientado fundamentalmente a actividades de tipo técnico, como vendajes, sangrías, ventosas, curas y aplicación de medicamentos tópicos. Este programa formativo se relacionaba, como señala Santo Tomás (2000), “*directamente 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*” (p. 52), principalmente cuando, por falta de médicos o cirujanos, ellos se encargaban de realizar las actividades que se consideraban de competencia médica.

En el año 1898, se publica en Barcelona, el *Curso elemental de partos explicado a las alumnas de la carrera de comadrona durante el año académico 1897 á 1898*, del Dr. Enrique Igual (ver figura 5.27.). Este manual se compone de 157 páginas y está estructurado en cuatro grandes bloques: en el primero las estudiantes pueden encontrar anatomía, fisiología e higiene general, la segunda parte estudia la anatomía de la mujer, la tercera versa sobre la fisiología de la madre y la cuarta está dedicada a la anatomía y fisiología del recién nacido.

Otro libro que señalaremos es el que lleva por título *Preceptos Higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Manual de la comadre y del estudiante en Medicina*, cuya 7ª edición se publica en el año 1900 en Barcelona (ver figura 5.28. del apéndice iconográfico). Su autor es el Dr. Vidal Solares y, como su título indica, está pensado para la formación de matronas y futuros médicos. Sabemos que don Francisco Vidal fue autor prolífico y laureado por el gobierno español y francés (ver Morales, 1960; García Martínez, 2004b). Este texto extenso (más de cuatrocientas páginas) comienza con la anatomía y fisiología del embarazo los métodos de exploración obstétrica y continúa con los signos de embarazo y su clasificación. La tercera parte del texto trata el parto de forma completa y exhaustiva. A continuación habla del puerperio y los cuidados, básicamente de lo que debe hacer la matrona. La cuarta parte se dedica a la cirugía obstétrica y la última parte del texto estudia el embarazo patológico.

Posteriormente, en 1902 se edita en castellano, el *Manual de Obstetricia y de Ginecología para uso de los Prácticos y de las Matronas*, del doctor Philepeau, editado originalmente en Budapest. El texto que hemos manejado contiene once capítulos destinados a la obstetricia, que constituyen la primera parte del libro. La segunda parte, dedicada a la ginecología, está configurada por otros once capítulos y finalmente un apéndice, siendo 199 el total de páginas (ver figura 5.29.). Los cuatro primeros capítulos se destinan a estudiar la anatomía y fisiología de la mujer, concretamente en los capítulos 1 a 4 las modificaciones generadas por el embarazo y el propio embarazo; el capítulo 5 versa sobre el parto, en el capítulo 6 se narra el puerperio, el capítulo séptimo, el parto fisiológico, el octavo estudia la patología de la gestación, el noveno se destina a la patología del parto, el décimo a la patología del alumbramiento y el decimoprimeros a la patología del puerperio. En la segunda parte

se estudia la patología femenina ginecológica. El apéndice contiene la acción fisiológica y propiedades terapéuticas del agua mineral natural purgante “Hunyadi János”.

Por último, y para cerrar este epígrafe, señalamos el *Manual de Partos Normales para el estudio de la carrera de Practicantes y Matronas*, cuyos autores fueron los doctores Ignacio Mendizábal y Juan Antonio Rodríguez Arias; fue publicado en Madrid, en 1903 (ver figura 5.30.). El doctor Ignacio Mendizábal fue médico de número por oposición del cuerpo facultativo de la Beneficencia Municipal y también fue profesor de Fisiología e Higiene de la Asociación para la Enseñanza de la Mujer, vinculada al espíritu krausista. El texto que hemos manejado presenta una estructura diferente a otros de la época. Además de estudiar la anatomía y fisiología de la mujer, embarazo, parto, puerperio y cuidados al recién nacido incluye las condiciones que debe reunir una buena nodriza y un apéndice sobre intoxicaciones, asfixias y autopsias médico-legales, además de algunas disposiciones legales relativas a la reforma del plan de estudios de la carrera del Practicante y artículos referentes a la enseñanza de Matronas y a los límites que debe ceñirse su práctica.

Vemos, pues, que se editan libros destinados a los profesionales que realizan prácticas cuidadoras bajo distintos nombres en el caso de los flebotomianos, practicantes o sangradores. También hemos podido apreciar que los libros dirigidos a las matronas lo fueron también para otros colectivos, como estudiantes de medicina y practicantes. Los nueve manuales que hemos detallado son obra de médicos; hasta el momento no conocemos ningún texto escrito en estos años por practicantes o matronas, lo cual nos sugiere de nuevo el dominio del conocimiento médico sobre los saberes de estos dos colectivos sanitarios.

En el apartado siguiente nos centraremos en los conocimientos sanitarios de esta época que, en estos momentos, podríamos afirmar pertenecen a la ciencia médica.

### **3. Los saberes.**

La concepción vitalista de la enfermedad era la regla en la medicina europea al comenzar el siglo XIX; todas las funciones y actividades del cuerpo humano, se consideraba entonces, eran desarrolladas por una fuerza vital que impulsaba todo. Por mantener estos conceptos, la medicina había sido rechazada del reino de las ciencias exactas durante mucho tiempo. El descubrimiento de que las células procedían de otras células (Virchow) abrió el campo a la experimentación en los laboratorios de fisiología en los que se empieza a explicar el funcionamiento de los tejidos humanos y de los órganos. Esto abre la puerta al pensamiento anatomoclínico, que buscará en las alteraciones anatómicas de los órganos a nivel macroscópico y microscópico las causas de las enfermedades y sus remedios. Hacia mediados del siglo XIX ya va cobrando fuerza el método fisiopatológico, que considera las alteraciones celulares y titulares como trastornos de determinados órganos del ser humano, que provocan signos físicos y síntomas clínicos, según la forma en que cada uno de los órganos y sus funciones estén afectadas. Esta mentalidad fisiopatológica condujo a ver la enfermedad como algo continuo y mensurable. Los trabajos de Pasteur sobre las fermentaciones dan lugar al descubrimiento de los microbios como causa de las enfermedades, apareciendo el tercer pilar de la medicina del siglo XIX, el método etiopatológico, que permite valorar las causas de las enfermedades en organismos distintos al humano. Como ya hemos señalado en el capítulo anterior, ya a mediados del siglo XIX los trabajos de Koch sobre el carbunco y, sobre todo, el descubrimiento del bacilo causante de la tuberculosis disparan el pensamiento etiopatológico, abriendo la puerta al estudio de las enfermedades infecciosas y sus agentes patógenos, y a los factores externos que producen la enfermedad, entre otros, por ejemplo, los relativos a la higiene y la salubridad de las condiciones de vida y su relación con las enfermedades infecciosas. De ahí que a partir de este momento cobra una enorme importancia la higiene y se vaya consolidando la medicina preventiva.

Si ha habido una época en la que las enfermedades han tenido unos condicionamientos sociales verdaderamente intensos ésta ha sido con seguridad el siglo XIX. La Revolución Industrial fue durante ese siglo la gran causante de enfermedades directa o indirectamente atribuibles a motivos de índole histórica y



social. El trabajo en fábricas y minas, o las obras promovidas por la expansión comercial, como los ferrocarriles, aumentaron considerablemente los accidentes laborales. Sin embargo, fue la miseria de los suburbios industriales la realidad social de mayor importancia patogénica. La mala alimentación, las viviendas insalubres, los barrios mal urbanizados y las jornadas laborales extenuantes, produjeron un aumento de las enfermedades.

Otras ramas de la práctica médica que van creciendo en importancia y rigor científico a lo largo del siglo XIX son el empleo terapéutico del agua, así como la aplicación de la química al análisis de las distintas aguas mineromedicinales. Por su parte, la cirugía se desarrolla al beneficiarse de los descubrimientos de anestésicos como el éter, en 1846, y el cloroformo, en 1847.

Además, desde que Pasteur creó el concepto de vacunación se desarrollaron espectacularmente en el mundo las medidas profilácticas para evitar las enfermedades. El progreso de la ciencia y de la técnica en el siglo XIX provocó en los médicos del siglo la ilusión de que se podían erradicar del mundo las enfermedades. *El origen de las especies* de Darwin y las leyes de la hibridación de Mendel contribuyeron al desarrollo de nuevas perspectivas.

En la segunda mitad del siglo XIX comenzaron a construirse ingeniosos instrumentos para facilitar el examen, diagnóstico y tratamiento, de muchas enfermedades. La termometría clínica es una de las más importantes adquisiciones tecnológicas del siglo XIX. Así Clifford construye el termómetro de mercurio en 1867, en su tamaño actual. Entre los descubrimientos más importantes están los rayos X. A principios de enero de 1896, el profesor Röntgen, de Wurzburg, anunció el descubrimiento de una luz especial capaz de atravesar ciertos medios opacos. Este invento fue perfeccionado de manera rápida. Todos estos avances y logros van a provocar que los médicos necesiten profesionales que ayuden en el ejercicio profesional, haciendo labores auxiliares. A continuación mencionaremos dos figuras claves para la evolución de los cuidados de la salud y el desarrollo de una nueva profesión.

#### **4. Figuras.**

En este apartado estudiaremos brevemente las contribuciones de dos personajes vinculados con la Institución Libre de Enseñanza (I.L.E.) y su relación con la enfermería. Como hemos estudiado en este capítulo, la Institución Libre de Enseñanza fue fundada en 1876. Fue la cara visible de un movimiento ideológico que se sustenta en algunas figuras carismáticas como Francisco Giner de los Ríos y un número importante de personas que impulsan la idea de potenciar la educación, y más específicamente la educación de la mujer, realizando propuestas de reformas con la intención de transformar la situación de la mujer. Como hemos venido insinuando, estudiar el desarrollo de la profesión de enfermería comporta necesariamente estudiar la situación de la mujer en España en los siglos XIX y XX. Recordemos que en el último cuarto del siglo XIX coexistían en el cuidado sanitario enfermeras laicas, enfermeras religiosas, enfermeros religiosos, practicantes y matronas. Asimismo, diversas órdenes religiosas procuraban cuidados en los hospitales; entre ellas cabe destacar las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, la Congregación de las Hermanas Carmelitas de la Caridad y los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios.

La diversidad de auxiliares sanitarios, las diferentes tendencias y el tipo de formación fueron analizados ya por Concepción Arenal, quien en 1870 señaló la necesidad de unificar a practicantes, matronas y enfermeras en una sola titulación y la importancia de crear una escuela de enfermería; esta unificación de titulaciones no se producirá hasta el año 1952. Pasaremos ahora a describir la relación de Concepción Arenal, La Institución Libre de Enseñanza y Federico Rubio y Galí con la enfermería.

La aportación filantrópica de Concepción Arenal ha sido también estudiada desde el ámbito de la enfermería (ver Siles, 1999; Bernabéu y Gascón, 1999). Al igual que ocurrió en Inglaterra con Fry y Howard, tal y como hemos estudiado, las actividades filantrópicas repercutieron de forma directa sobre la enfermería. De este modo también en nuestro país la labor realizada por Concepción Arenal, en nuestra opinión, merece ser destacada.

Como es sabido nació en Ferrol el 31 de enero de 1820 y falleció en Vigo en 1893, donde se encuentra su tumba, en la que reza la siguiente inscripción: *A la virtud, a una vida, a la ciencia*. Recibió una educación profundamente arraigada en el catolicismo.

Por lo que a nosotros nos interesa, Arenal es designada Visitadora de Prisiones de Mujeres en 1968 y posteriormente Inspectora de Casas de Corrección de Mujeres. Como reformadora social, su trayectoria es similar a la de Fliedner en Alemania y, a la de Howard y Fry en Inglaterra. Esta similitud denota que en todos los casos fue necesario un análisis y reflexión sobre la realidad social (cárceles e instituciones que brindaban cobijo a los necesitados) que condujo en los tres países a profundas renovaciones que redundaron en el desarrollo no sólo de los necesitados sino también en el desarrollo de la enfermería.

En 1870 Arenal, junto con otros periodistas, funda la revista *La Voz de la Caridad*, en la que durante 14 años escribe haciendo aflorar las miserias del mundo que la rodea. Organiza en España la Cruz Roja de Socorro para los heridos de la Guerra Carlista y dirige un hospital de campaña en Miranda de Ebro durante la Segunda Guerra Carlista. En sus obras expresa de manera permanente la importancia de la ayuda a los necesitados y desvalidos. De tal forma que todas las personas que se encontraban socialmente en condiciones de inferioridad, como los pobres, los presos y las mujeres, se convierten en los protagonistas de sus escritos. Sólo recordar aquí, por ejemplo, *La Beneficencia, La filantropía y la caridad* (1861), *Cartas a los delincuentes* (1865), *Cartas a un obrero* (1871), *Cartas a un señor* (1880), *El delito colectivo* (1893).

Sabemos que mantuvo estrechos vínculos con los intelectuales krausistas; fue, por ejemplo, miembro de la Junta Directiva del Ateneo Artístico de Señoras, inaugurado por Fernando de Castro el 3 de febrero de 1869. Arenal admiraba los ideales educativos de Fernando de Castro. Su relación con la Institución Libre de Enseñanza se pone de manifiesto a través de los artículos sobre temas penales y feministas que escribiría en el *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*. Con Francisco Giner mantuvo una relación afable y de mutuo respeto intelectual, tal y como refiere Fernando García Arenal (1915), así,

*“Don Francisco Giner y Doña Concepción Arenal “Don Francisco fue, desde luego, no sólo persona grata, sino querida y de las pocas cuya tenía en mucho, dándose el caso de que le consultase en cuestiones sociales, en las que procuraba tener criterio deducido de la propia observación” (B.I.L.E. nº 677 p. 316).*

Hemos encontrado diecinueve registros en el B.I.L.E. en una primera aproximación, firmados por Arenal. Sin embargo, pocos trabajos desde la enfermería vinculan la importancia de la obra de Arenal con el impulso de la profesión en España (ver Siles, 1999; Bernabéu y Gascón, 1999; Herrera, 2005).

Recordemos que, la mujer española en estos momentos no recibía en general una adecuada educación reglada. La atención hacia la formación femenina y la consideración de la mujer más como compañera que como sirviente del hombre parte en España del Krausismo y es Fernando de Castro quien se dedica a fomentar la educación de la mujer española: en este campo promueve la creación de un *“Ateneo Artístico y Literario de Señoras”* en febrero de 1869, las *“Conferencias dominicales para la Educación de la Mujer”* desde febrero a mayo de 1869, y la *“Asociación para la Enseñanza de la Mujer”* en 1871 (Blanco, 1993). En esta última institución el modelo en el cual se inspiró fue la *Lette Verein*, establecida en 1866 en Berlín. La Asociación madrileña, partió de la inicial Escuela de Institutrices y, paulatinamente, fue ampliando el abanico de enseñanzas impartidas, con un sentido cada vez más práctico y profesional. Además del Magisterio abrió nuevas escuelas con diferente perspectiva profesional: una sección de Idiomas (Italiano, Inglés, alemán y ampliación de francés), Música y la Escuela de Comercio en 1878, otra de Correos y Telégrafos en 1883, otra de profesoras de párvulos y Clases especiales, como Dibujo en yeso y Pintura. Aún con ciertas limitaciones y sin llegar a realizar plenamente el espíritu paritario preconizado por *El Ideal de la Humanidad*, el esfuerzo de Fernando de Castro dio sus frutos mejores en la Asociación para la Enseñanza de la Mujer. De dicho esfuerzo se declarará continuadora la ILE. En una primera aproximación, en el *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza* se observa un solo registro que en su título de forma explícita contenga el término enfermera, nos referimos concretamente a *“La Enfermera Escolar y sus Relaciones Personales”* (Farquhar, 1927).

En nuestra opinión, la historiografía ha relegado a un segundo plano a personajes de la medicina como Pedro Felipe Monlau, Federico Rubio y Galí y a Joan Giné i Partagás, médicos de ideología liberal y con una amplia repercusión en el mundo de la higiene pública y privada, la educación y la política. En este trabajo mostraremos una breve biografía del doctor Rubio.

Federico Rubio y Galí nace en el Puerto de Santa María el 30 de agosto 1827. Estudia medicina en Cádiz finalizando la carrera en 1850. Tras licenciarse obtiene una plaza en el Hospital Central de Sevilla. De ideas liberales y republicanas, por razones políticas, fue obligado a exiliarse en Londres, París y Montpellier entre los años 1860 y 1864. A su regreso, su actividad quirúrgica le convierte en el creador de las especialidades médico-quirúrgicas; realizó intervenciones que pusieron la cirugía española a nivel europeo: ovariectomía (1860), histerectomía (1861), nefrectomía (1874), laringectomía total (1878); organizó de forma privada cursos prácticos de histología y microbiología. En Sevilla, en 1865, crea la Sociedad de Medicina Operatoria; asimismo, en 1868, funda la Escuela Libre de Medicina y Cirugía. Tras la Gloriosa es elegido diputado a Cortes, entre 1869-1871 y senador en 1873, en ese mismo año es nombrado por la República, embajador en el Reino Unido. Desde 1870 reside en Madrid y además del ejercicio de la cirugía es profesor en la Escuela Libre de Medicina del Museo Antropológico. Coincide con Simarro a partir del año 1875 ya que éste era profesor de Higiene Pública y Privada en dicho centro. En el año 1876 Simarro ocupa un puesto de médico en el Hospital de “La Princesa” y Federico Rubio le introduce en los círculos de la ILE; desde entonces Simarro inicia una duradera e intensa amistad con Giner llegando a ser accionista y profesor de la I.L.E. En 1880 crea el célebre Instituto de Terapéutica. Esta clínica está originalmente en el antiguo Hospital de “La Princesa”, en una primera etapa que dura dieciséis años. La segunda etapa del Instituto la constituye la inauguración del nuevo edificio ubicado en Moncloa, como acontecimientos a destacar señalaremos, en primer lugar, la fundación de **la primera escuela de enfermeras en España denominada Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría** en un edificio del propio Instituto. Cuestión que ya hemos abordado en un apartado anterior de este capítulo.

En una segunda etapa funda y edita la *Revista Ibero-americana de Ciencias Medicas* en 1899. Esta etapa podemos situarla entre los años 1896 a 1902 año en que fallece el doctor Rubio. La tercera etapa del Instituto, dura desde este mismo año a 1939 donde es destruido durante la Guerra Civil. A partir de 1955 sobre el lugar que ocupó el Instituto se levanta la Clínica Fundación Jiménez Díaz.

Ha sido definido como un cirujano de insuperable maestría, un hombre de gran personalidad, intelectual de amplios conocimientos, profundo conocedor anatómico. No debemos olvidar que él mismo en sus memorias de niñez y juventud, recogidas en *Mis Maestros y mi Educación*, texto sobre el que ya hemos hablado en otro apartado en este capítulo, relata que fue ayudante de disector en los primeros años de estudiante de medicina para poder contribuir a la subsistencia de su familia. Pero fundamentalmente destacaría por la rectitud de principios y su pedagogía.

## 5. Conclusiones.

En este capítulo hemos intentado estudiar el siglo XIX en España desde una perspectiva sociosanitaria. Para poder cumplir con nuestros fines, hemos tratado de poner en relación los innumerables cambios político-normativos, centrándonos en la Ley General de Beneficencia y La Ley de Sanidad, ya que traen como consecuencia la reordenación hospitalaria y por ende la atención a los ciudadanos, así como la contratación de los profesionales de la salud. Por otro lado, hemos analizado en profundidad la legislación educativa, focalizando nuestra atención en los colectivos sanitarios que realizan prácticas cuidadoras. En este sentido, la Ley Moyano abre un camino para que se de en nuestro país la oportunidad de ampliar las profesiones sanitarias, pero como hemos señalado no institucionaliza la profesión de enfermería. Ofrece nuevas posibilidades que posteriormente en el caso de las enfermeras, será en 1915 cuando se legalice la profesión.

Otro error frecuente en los trabajos sobre historia de enfermería, o eso es al menos lo que consideramos a estas alturas de nuestro trabajo, es atribuir a esta Ley la emergencia de la figura de practicante. Sabemos que desde el siglo XV en adelante los prácticos han sido denominados de muy diversas maneras. Recordemos algunas denominaciones: algebristas, barberos, sangradores, flebotomianos, cirujano-sangrador, barbero-flebotomiano, cirujano de tercera clase o ministrante. Sí debemos admitir que desde la Ley Moyano, la figura que legaliza es la de practicante de medicina y cirugía. Sin embargo, como hemos puesto de manifiesto a lo largo de este capítulo, los practicantes coexisten junto a otras profesiones casi idénticas en lo que se refiere a la praxis que desarrollan. No tenemos dudas sobre la identidad profesional de los practicantes en medicina y cirugía. Sus fuertes convicciones al respecto de ser los únicos herederos legítimos de la parte subalterna de la medicina y cirugía ha quedado más que demostrada en su escrito al rey Alfonso XIII y, como también han dejado patente en el mismo, sus inclinaciones a expandir su práctica hacia el ámbito de otro grupo profesional. De este modo, emulando a los cirujanos y médicos de antaño, los practicantes invaden y proclaman su derecho a participar en el arte de partear.

Por otra parte, las prácticas cuidadoras llevadas a cabo por las parteras se someten a cambios en dos momentos decisivos durante este siglo, concretamente

en 1804 y en 1857. En cualquier caso, los cuidados a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio eran brindados por matronas, conocidas a lo largo de la historia con diversos nombres, como comadres, madrinas, comadronas y parteras. El reconocimiento social de este colectivo que ayudaba a la mujer en el trance de parir se observa en la historia a través innumerables fuentes documentales e iconográficas. Como ya hemos señalado en otros capítulos, el sucesivo control al que fue sometido su ejercicio derivó hacia una supeditación a la praxis médica, sobre todo, a través del control de los títulos, en un primer momento. Posteriormente, una vez que el ejercicio profesional de las parteras estuvo controlado, los cirujanos, fundamentalmente, comienzan a situarse en una posición de poder que les llevará a ejercer el arte obstétrico, primeramente en los partos difíciles y más adelante escribiendo los textos dónde se recogen los conocimientos necesarios para poder ejercer. Podemos afirmar que los saberes sobre partería, se convierten posteriormente en una especialidad del arte de curar.

En el caso español, durante este siglo que estamos estudiando, la exigencia en materia moral fue un aspecto crucial. La influencia de la iglesia católica en nuestro país, como sabemos, se dio en todos los órdenes. En el educativo, y concretamente en el ámbito de la educación de la mujer, originó un ser sumiso, dependiente, sin derechos ciudadanos. Ahora sí debemos, desde una perspectiva de género, manejar las asimetrías estudiadas, en relación con el grupo de mujeres comadronas o si se prefiere parteras profesionales. Exigencias diferentes para optar a una profesión, en cuanto al estado civil, ser avalada por un mandatario del clero en relación con su pertenencia a la iglesia católica y, por supuesto tener una conducta irreprochable según las tradiciones de la época. De esta forma la identidad de las matronas del este siglo se encamina hacia y cristaliza en una suerte de identidad definida por otros; esos otros son dos colectivos sanitarios de varones: (1) los médicos y cirujanos y (2) los practicantes en medicina y cirugía. Así, el grupo de matronas es dominado y conducido hacia una praxis compartida con los practicantes y decidida por el colectivo médico. El conflicto de roles en el ejercicio profesional, dentro del ámbito de la salud de las mujeres, acaba de comenzar. En el siguiente capítulo y sucesivos veremos como los practicantes se enfrentan también con las enfermeras, que nacen en España, naturalmente, bajo el amparo de la iglesia católica y del estamento médico.



La educación de la mujer mejora gracias a varios factores, sobre todo a partir de la Ley Moyano, y al papel desarrollado por el movimiento krausista y la Institución Libre de Enseñanza. Como hemos estudiado el papel de esta institución fue un elemento fundamental para la fundación de la primera escuela de enfermeras en España, a través la obra del Dr. Rubio y Galí. La emergencia de la profesión de enfermería en nuestro país, podemos pues vincularla a la Institución Libre de Enseñanza, pues, como sabemos los vínculos de Federico Rubio y Galí y Concepción Arenal con esta institución fueron notables. A diferencia de la Escuela Nightingale, la formación reglada en la Escuela de Santa Isabel de Hungría fue obra de un médico. Y este hecho, en nuestra opinión, no es mera anécdota, sino más bien un gran lastre que todavía pesa, en el momento de redactar esta tesis, en la configuración identitaria de las enfermeras españolas del siglo XXI.

En el próximo capítulo estudiaremos las primeras cuatro décadas de la enfermería en España; ahora sí, a partir de 1915, podremos hablar de la profesión enfermera. También analizaremos la coexistencia y convivencia de enfermeras, matronas y practicantes en medicina y cirugía en el ejercicio profesional.



## **CAPITULO 6**

### **EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.**



## **CAPITULO 6.**

### **EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.**

#### **1. Introducción.**

En este capítulo estudiaremos la institucionalización de la enfermería en España. Analizaremos la formación y competencias profesionales de las enfermeras en las primeras cinco décadas del siglo XX. Asimismo, seguiremos analizando la formación y competencias profesionales de los practicantes y matronas. En la década de los 50 estas tres profesiones se reunificarán a nivel formal en una sola titulación, Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). Profundizaremos en los roles y conflictos profesionales, como ya hemos venido haciendo en el capítulo anterior, entre estas profesiones y veremos sus identidades atormentadas en una auténtica lucha de clases. Las diversas disposiciones legales a las que haremos referencia en este capítulo se detallan en el Apéndice sobre Desarrollos Legales, para cuya elaboración hemos seguido el magnífico trabajo de Álvarez Nebreda (2002).

En el siguiente apartado revisaremos el proceso de constitución formal de la profesión enfermera en nuestro país.

## **2. Legalización de la Enfermería en España.**

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

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

El Real Decreto de 12 de enero de 1904, de Instrucción General de la Sanidad Pública, en su segunda parte, y concretamente en el Título 3º Capítulo VII artículo 62, se refiere a las profesiones sanitarias. Representó un paso adelante en la organización de las mismas, ya que estableció que los títulos debían estar legitimados, la práctica profesional regulada y controlada la posibilidad de que alguna persona pudiese ejercer una profesión sanitaria sin titulación (Título III Artículo 67). Se reconocieron como profesiones sanitarias el Arte de partos y Practicante. Además, se crearon las Juntas Provinciales de Sanidad; se reorganizaron de nuevo, recordemos lo estudiado a este respecto en el capítulo anterior, los estudios de Practicante y Matrona, y es en el Artículo 11 donde se especifica una novedad que representa un logro para las mujeres, ya que podían adquirir el título de Practicante aquellas que reuniesen los requisitos descritos en la legislación. Esta ley también contemplaba la posibilidad de nuevas profesiones sanitarias.

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

Como sabemos, los inicios del siglo XX, en España, se caracterizan en materia sociosanitaria por un gran retraso en las condiciones de vida de la población. Recordemos que la Ley de Sanidad vigente data de 1855. Esta norma es insuficiente para abordar los cambios necesarios para que sean posibles las reformas necesarias para que nuestro país se equipare a los estados avanzados de Europa. Paulatinamente, se van a ir favoreciendo, a través de distintas normativas, la situación de los trabajadores, embarazadas, niños, familia y ancianos. También conocemos que la mortalidad infantil seguía siendo elevada. Las condiciones higiénicas en las que vivía la mayor parte de la población no eran las más adecuadas y numerosas enfermedades hacían estragos, entre ellas, cabe destacar la tuberculosis. En 1912 se celebra el Tercer Congreso Español de la Tuberculosis y Mercedes B. de Benavente, según Herrera (1997), *“reivindicó la labor de la mujer en la lucha social contra esta enfermedad (...) pidió que se siguiera el ejemplo de los Estados Unidos, creándose el título de enfermera especialista, para que la mujer del pueblo tuviera un medio legítimo con que cubrir sus necesidades”* (p. 197).

De este modo, las normativas que se van sucediendo para hacer frente a los cambios en materia sociosanitaria y las manifestaciones expresadas sobre la conveniencia de enfermeras profesionales, son factores fundamentales para la creación de la figura de la enfermera. Y es así que una congregación va a conseguir que emerja en España formalmente la figura de enfermera.

Por todo lo anterior, amparándose en el marco legal de la Real Orden de 5 de mayo de 1915, y a instancias de la Congregación de las Siervas de María, se

autoriza a que se formen y trabajen las enfermeras pertenecientes o no a comunidades religiosas en condiciones similares a lo que estaba ya legislado para matronas y practicantes. De esta forma, se legaliza la enfermería como una ocupación profesional y se establecen las condiciones de enseñanza que podían ser desarrolladas a cabo tanto en instituciones públicas (hospitales y centros benéficos), como en clínicas privadas. Para obtener la acreditación, las candidatas a enfermeras debían realizar un examen equivalente al de practicantes y matronas. Veamos a continuación los contenidos del programa establecido.

El programa formativo está estructurado en 70 lecciones, que, dada la importancia para los fines de nuestro trabajo, hemos reproducido íntegramente en el Apéndice de Textos y Documentos. Las primeras doce lecciones versan sobre anatomía y fisiología. A continuación se estudian dos temas sobre *cualidades físicas, morales e intelectuales así como deberes y obligaciones que ha de cumplir*, es decir, la conducta que deben llevar a cabo las enfermeras cuando proporcionen cuidados a enfermos particulares como en la asistencia en hospitales. En el resto del programa, y de forma similar al programa de practicantes, los temas están destinados al estudio de problemas médico-quirúrgicos que padecen los enfermos y los cuidados que se deben proporcionar. También se estudian los procedimientos para realizar curas, vendajes, masajes. Por lo demás, los problemas de salud mental que padece la población parecen tener poca importancia en lo que se refiere a las competencias de esta profesión, ya que sólo en un tema se abordan este tipo de cuestiones.

En la revisión de los contenidos del programa se vislumbra el carácter práctico y el tipo de socialización al que se aspira. Recordemos que la enseñanza teórica era impartida por los profesionales médicos y la enseñanza práctica era tutelada, fundamentalmente, por las Hermanas de la Caridad (como hemos visto en el capítulo anterior y en nuestro análisis de la Escuela de Santa Isabel de Hungría.). No debería sorprendernos, si, como ya hemos estudiado, el protagonismo en la asistencia sanitaria del momento es y seguirá siendo para el médico. La medicalización se extenderá progresivamente a través de los acontecimientos que estudiaremos en este capítulo. Podemos afirmar que el centro de la sanidad española es la medicina y el resto de las profesiones sanitarias se irán configurando



y formalizando a partir de las funciones desempeñadas por los médicos. Por tanto, los conocimientos necesarios para auxiliar y hacer posible la consecución de la praxis médica en estos momentos de principios de siglo pueden ser resumidos en el programa de formación vigente para practicantes y enfermeras. En la tabla 6.1. se resumen los contenidos del programa de formación que conducía a los títulos de enfermera y practicante.

Tabla 6.1: Enseñanzas para Practicantes y Enfermeras según los Primeros Programas.

PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915)	PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)
Anatomía y Fisiología	Anatomía y Fisiología
Cualidades de la enfermera y deberes	Relación con médicos y farmacéuticos
Higiene/Prevención/Asepsia	Desinfección
Patología/Terapéutica	Terapéutica
Anestesia	Anestesia
Cuidados según diferentes sintomatologías, Cuidados recién nacidos	Embarazo y parto
Cuidados y deberes de la enfermera en la muerte	Vacunación
Cuidados a enfermos mentales	
Masajes	Masajes
Vendajes	Vendajes (dedica mayor extensión que en el programa de enfermeras)
Curas	Curas
Total: 70 temas	Total: 78 temas

Fuente: Adaptado (Domínguez, 1986).

Si bien ambos programas son similares, podemos precisar algunas diferencias. En primer lugar, y en relación con la Anatomía y Fisiología, que se incluyen en ambos *currícula*, en la lección 12 del programa de practicantes se habla explícitamente de los aparatos genitourinarios femenino y masculino, así como de las funciones de estos órganos. Por el contrario, en el programa de enfermeras no existe ningún epígrafe donde se hable de estos temas, si bien se habla del sondaje y lavatorio vesical y los cuidados que se precisan así como el estado de asepsia del instrumental. En relación a la Obstetricia, en el programa de enfermeras, en el tema 26, de habla de la eclampsia (hipertensión en el embarazo con riesgo de convulsión materna) dentro del tema de cuidados especiales del recién nacido, de la lactancia natural, artificial y mixta o de la asfixia del recién nacido. Como podemos observar

en la tabla anterior, los procesos de embarazo y parto no se especifican en el programa de enfermeras. Otra diferencia destacable son los cuidados al recién nacido y alimentación que no forman parte de los contenidos del programa de practicantes. Asimismo, los cuidados y manejo de los enfermos psiquiátricos tampoco configuran el *curriculum* de los practicantes y sí de las enfermeras. Vemos, pues, que estas diferencias, en nuestra opinión, nos indican la dirección diferente hacia la praxis profesional, en parte debidas, como hemos venido apuntando que ocurrió en otros contextos sociohistóricos, a razones de género. De este modo, las enfermeras centrarán más su actividad en el cuidado directo y continuo junto al enfermo, mientras que el practicante, como ya viene realizando, se centrará, fundamentalmente, en actividades más técnicas y procedimentales no estando de manera habitual en la cabecera del enfermo.

Una vez señalados los aspectos relacionados con la implantación de la titulación de enfermeras pasaremos a reseñar las primeras escuelas que se implantaron en nuestro país. Como hemos estudiado, la profesionalización de la enfermería corre paralela a la emancipación de la mujer, tanto en lo que concierne al derecho a la educación como a la posibilidad de ejercer una profesión remunerada. Veamos cómo en nuestro país se consolida una profesión destinada única y exclusivamente a la mujer.

### **3. Primeras escuelas de enfermeras en España.**

#### **3.1. Escuela de Santa Madrona.**

Como es sabido en 1914 se creó la Mancomunitat de Catalunya, la cual va a asumir las competencias en materia de enseñanza de las cuatro diputaciones provinciales. Bajo los auspicios del Montepío de Santa Madrona en 1917 se funda la Escuela de Santa Madrona en Barcelona. En diversos trabajos se pone de manifiesto el carácter progresista de las enseñanzas de este centro educativo (ver Domínguez, 1986; Siles, 1999; Santo Tomás, 2000). A diferencia de otras escuelas que señalaremos a continuación, y según Domínguez (1986), *“todos los profesores de la escuela eran médicos varones, salvo en la asignatura de Anatomía y Fisiología que era impartida por la médica Carmen Díaz”*. (p. 114). Asimismo, Siles (1999) indica que *“los profesores de la Escuela Santa Madrona eran médicos varones en todas las asignaturas menos en la de anatomía y fisiología, que era impartida por una mujer”* (p. 250). Por otra parte, sabemos que en esta escuela se formaron dos tipos de enfermeras, las conocidas como enfermeras hospitalarias, o simplemente enfermeras, y las enfermeras veladoras, que era las que hacían el turno de noche. Los programas de formación, aunque similares para ambos tipos de enfermeras, se diferenciaban en la menor carga teórica para las enfermeras veladoras. Sabemos también que en 1920 se publica un reglamento cuyo fin fue regular los aspectos prácticos de la formación de las alumnas de esta escuela, que realizaban el aprendizaje práctico en diferentes centros sanitarios. Parece ser que en 1922 (ver Domínguez, 1986 y Siles, 1999) se acomete en el centro una nueva empresa destinada a ampliar los estudios de las enfermeras, una suerte de “enseñanza superior” con una duración de un año y que permitió a las enfermeras que siguieron este programa obtener el título de enfermera general.

#### **3.2. Escuela de la Mancomunidad de Cataluña.**

La Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya se crea en 1917, aunque no llegó a funcionar hasta 1919. En el año 1923 concluye sus actividades con el triunfo de la dictadura de Primo de Rivera. Al igual que la Escuela de Santa Madrona, ambas están ligadas a la emancipación de la mujer. Posteriormente se reabre, en 1933, bajo el nombre de Escuela de Enfermeras

de la Generalitat. Según Siles (1999), *“Su programa, de clara influencia krausista, se distinguía por el énfasis en la relación teórico-práctica (de 6 a 8 horas diarias), la cultura general y la gimnasia; todo ello complementado con actividades extraacadémicas: visitas a museos, charlas, etc.”* (p. 251). Por otra parte, llama la atención la restricción por razón de estado civil que esta escuela progresista lleva a cabo, excluyendo a las mujeres casadas del ingreso en el centro. Además, la edad para la admisión se sitúa entre la mayoría de edad y los treinta y dos años. Al igual que en la Escuela de Santa Madrona, en esta escuela se hacía un tercer curso destinado a la especialización, bien en enfermera visitadora o bien en enfermedades, cirugía o puericultura. Sabemos que en la década de los treinta, y aunque la formación teórica la llevaban a cabo profesores médicos, en la escuela existía la figura de jefe de estudios, que era competente para impartir las enseñanzas clínicas. Así, según refiere Domínguez (1986) *“la jefa de estudios (Ripoll Noble) se había formado en Estados Unidos, gracias a una beca de la fundación Rockefeller (...) junto con otras profesoras, llevaban a cabo la formación práctica”* (p. 117).

Vemos, pues, que en estas dos escuelas catalanas se intentó que la enfermería tuviese una orientación acorde con los movimientos emancipatorios de la mujer. Es por ello que más allá de la formación que se esperaba de la enfermera hospitalaria, situada a la cabecera del enfermo y cuyo cometido era dependiente de las órdenes médicas, el centro intentó aumentar el nivel cultural de las enfermeras y abrir nuevos espacios en el ámbito domiciliario, dotando a las alumnas de una formación encaminada al trabajo en el ámbito comunitario.

### **3.3. Escuela de Enfermeras Casa de Salud de Valdecilla.**

En el año 1929 se funda en Santander la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud de Valdecilla y que bajo la protección de la Marquesa de Pelayo va a ser diferente en sus orientaciones a otros centros educativos. Su primer director fue el Dr. Usandizaga y su subdirectora Teresa Junquera, que había estudiado Enfermería y posteriormente Medicina (ver figuras 6.1, 6.2. del apéndice iconográfico). En algunos trabajos se menciona cómo fue su trayectoria profesional (ver Siles, 1999; Santo Tomás, 2000). Sabemos que Teresa Junquera conoció la forma de trabajo y el sistema pedagógico seguido en la Escuela del Hospital de Santo Tomás en

Londres y esto indudablemente influyó en el enfoque que decidió otorgar a la escuela que dirigió. No cabe duda de que la visión de Nightingale influyó en el tipo de formación de las enfermeras de esta escuela. La permanencia de María Teresa Junquera en la escuela fue de pocos meses, y al parecer su dimisión abrió las puertas a la presencia de las Hermanas de la Caridad, quienes permanecerán en la escuela hasta que este centro se transforma en escuela universitaria de enfermería, a finales de los 70, proceso que abordaremos en el capítulo siguiente. Sea cuales fueran los motivos de dimisión de Teresa Junquera, su impronta se dejó sentir, ya que la formación de las futuras enfermeras de esta escuela siguió estando estructurada en tres cursos académicos, tal y como se puede constatar en los expedientes de las alumnas de esta época y que se conservan en la actualidad en la propia escuela.

Con respecto a su primer director, el doctor Usandizaga escribió la obra *Manual de la enfermera y practicante*, cuya primera edición data del año 1934 y la séptima del 1958. En esta edición se actualiza el contenido para los nuevos Planes de Estudios de A.T.S. Su orientación era claramente medicalista, aunque, sin duda, con cierta apertura, si tenemos en cuenta los planteamientos médicos de la época. La Casa de Salud de Valdecilla va a influir en la formación de enfermeras y médicos al menos durante tres décadas. Este centro contaba con estudios de postgrado para médicos y es aquí donde se lleva a cabo, digámoslo así, el primer plan de formación reglada de médicos internos residentes.

### **3.4. La Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja.**

No debemos olvidar que tanto en España como en otros países, como, por ejemplo, Inglaterra, las iniciativas filantrópicas fueron de vital importancia para las mujeres, ya que eran para estas una forma habitual de llevar a cabo actividades fuera del hogar, fundamentalmente para las mujeres de posición acomodada. Recordemos que en el siglo XIX las mujeres españolas estaban excluidas de la educación formal, de la política y del trabajo remunerado. Como ya hemos insinuado en apartados precedentes, en el caso de España es básicamente el movimiento krausista el que propició en un primer momento el avance de la mujer en la esfera educativa.

En cualquier caso, es una vez este fondo filantrópico, en el que la mujer tiene un espacio propio de desarrollo personal, más que una conciencia política formal, lo que da lugar a la emergencia de una de las instituciones no estatales más importantes en la prestación de servicios sanitarios y, por tanto, en el desarrollo de la identidad enfermera, la Cruz Roja. Veamos ahora la importancia de la Fundación de la Cruz Roja y su vinculación con el desarrollo de la enfermería.

En el origen de la Cruz Roja nos encontramos nuevamente con un filántropo, Jean Henry Dunant (1828), quien en su juventud empezó a visitar y atender a huérfanos, pobres, enfermos y presos. Sabemos de su pertenencia a una familia acomodada y calvinista y según refiere Clemente (1999) *“su sentido de la religiosidad le llevó a organizar en su propia casa una serie de reuniones entre los jóvenes de su ciudad. De estas reuniones nacería La Unión Cristiana de Jóvenes”* (p. 16). En 1863 se fundó en Ginebra la Cruz Roja. Como es sabido, fue el banquero y escritor Jean Henry Dunant su inspirador y fundador. Estuvo presente en Castiglione en 1853, y fue testigo del desastre tras la batalla de Solferino. Así, observó cómo los heridos no eran atendidos debidamente, los muertos no se enterraban y las condiciones de los soldados eran verdaderamente inhumanas. Trató de ayudar y organizar el socorro a los heridos. A partir de este momento empieza a concebir la idea de la Cruz Roja (ver Clemente, 1999). Publicó su experiencia en varios periódicos y sensibilizó a la sociedad de los hechos acaecidos (ver figura 6.3.).

La primera asociación de Cruz Roja en España se formará en 1864, a través de un Real Decreto de Isabel II. La Cruz Roja participará en todos los conflictos bélicos en el siglo XIX, las Guerras Carlistas, las Guerras Cantonales o la Guerra Colonial de África. Se encargará también de la repatriación de los soldados españoles de Cuba y Filipinas. Interviene asimismo en la epidemia de cólera de 1885, las inundaciones de Cataluña del año 1917, la semana trágica de Barcelona de 1909 o las epidemias de gripe de 1917 y de tifus de 1918.

Desde el principio de la fundación de la Cruz Roja, Dunant pensó en la necesidad de contar con un cuerpo propio de enfermeras y, por lo tanto, en la necesidad de crear escuelas para su formación. Veamos detenidamente cómo se dio este proceso en el caso de España.

La primera escuela de enfermeras de esta organización se funda en Madrid y, cómo veremos, en ella participó de manera decisiva la monarquía. La reina M<sup>a</sup> Cristina de Habsburgo lleva a cabo una intensa labor humanitaria, que culmina con la construcción en Madrid del Sanatorio Central de Vallehermoso, de la Cruz Roja, que fue inaugurado en 1896 y donde se iban ingresando los soldados procedentes de Cuba que llegaban a la ciudad. Junto con su nuera, la Reina Victoria Eugenia de Battemberg, esposa de su hijo Alfonso XIII, continuará su labor humanitaria. Ambas tuvieron una especial relevancia en el desarrollo de la Cruz Roja y de las Escuelas de Enfermería de la Cruz Roja, no sólo porque la reina, por delegación del rey, asumía la autoridad suprema sino también por la implicación personal manifestada. Además, sus visitas eran frecuentes a otras instituciones sanitarias y educativas. En la figura 6.4. del Apéndice Iconográfico vemos a la reina en una visita al hospital.

En 1915 se inauguró el primer curso oficial. Posteriormente, en 1917, se abre el segundo curso, quedando constituido oficialmente el cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja mediante Real Decreto de 28 de febrero de 1917, al igual que el programa de estudios por Real Decreto de 18 de mayo de 1917. Las enfermeras de la Cruz Roja se agruparon en dos cuerpos distintos: damas enfermeras y enfermeras profesionales, o retribuidas; éstas últimas son las que dan continuidad a las enfermeras de las que venimos hablando. En la figura 6.5. observamos a las enfermeras tituladas de la primera promoción de la Escuela de Cruz Roja en Madrid.

Por la importancia general que esta institución ha tenido y por su decisiva aportación al desarrollo de la enfermería, nos parece necesario comentar el papel que en su seno desempeñaron algunas figuras concretas, tanto en hospitales generales como en la atención a los heridos de guerra.

En primer lugar, parece incuestionable la importancia y trascendencia de la Reina Victoria Eugenia en el desarrollo de la enfermería española. Durante mucho tiempo ocupó la presidencia honorífica de la Cruz Roja, amparó y participó personalmente en los actos públicos organizados por la Cruz Roja y encabezó la suscripción nacional con un donativo de 5.000 pesetas para organizar más oficinas y comprar ambulancias con destino a la Guerra de África. Importancia fundamental

tiene también su impulso al Sanatorio Central de Vallehermoso de la Cruz Roja Central de Madrid.

Por la gaceta oficial de 1 de julio de 1916 “se crea la Asamblea Central de Señoras, siendo aprobado su reglamento interior por Real Decreto de 29 de junio”. La labor de la Reina Victoria Eugenia favoreció que la Cruz Roja Española tuviese un hospital para poder crear en él una Escuela de Enfermeras de la institución. Así, el Hospital de San José y Santa Adela fue entregado, inaugurándose oficialmente el 16 de diciembre de 1918, mediante Real Decreto del Ministerio de la Gobernación de fecha 12 de diciembre de 1918 (ver figura 6.6.). Poco a poco los cursos de enfermeras que se inician en Madrid se van extendiendo por toda la geografía española. Según Clemente (1999, p. 61), “en 1919 se impartieron cursos en Barcelona, Alicante, Cartagena, Huelva, Bilbao, Mataró, Mahón, Oviedo, Pamplona, Santander, Santiago y Vitoria”.

El Real Decreto de 28 de febrero de 1917 aprueba las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas Enfermeras y el programa de enseñanza. Los requisitos son los siguientes:

*“Artículo 1.º La Asamblea Central de Señoras de la Cruz Roja, según la base 4ª del real decreto de 16 de enero de 1916, y la cuarta regla adicional del real decreto de 13 de junio de 1916, organizará y constituirá el Cuerpo de Damas enfermeras.*

*Artículo 2º Para ostentar ese título y pertenecer al Cuerpo, se necesita:*

*1.º Ser súbdita española, mayor de diez y siete años y pertenecer como asociada á la institución.*

*2.º Aprobación, ante Tribunal de examen nombrado por la Asamblea Central, de los estudios teóricos, con arreglo al programa oficial aprobado.*

*3.º Aprobación de la práctica en hospitales que designe la Asamblea Central, así como el tiempo de esas prácticas.*

*Artículo 3º Las 42 señoras aprobadas en los exámenes teóricos verificados en la Asamblea Suprema de la Cruz Roja en 10 de junio de 1915, tendrán*



*solamente que ser aprobadas en las prácticas de hospitales para alcanzar el título.*

*Artículo 4º La Asamblea Central redactará un reglamento del cuerpo de Damas enfermeras, con sus obligaciones y servicios en los hospitales de la Cruz roja.*

*Artículo 5º El título de Dama enfermera sólo tendrá validez en la institución española de la Cruz Roja” (Real Decreto de 28 de febrero de 1917).*

Como podemos observar, en los requisitos de ingreso no se exigía la mayoría de edad ni tampoco constaba el estado civil; lo verdaderamente importante era su pertenencia a la asociación. En cuanto al programa, consta de treinta y cinco lecciones (ver Apéndice de Textos y Documentos). En la tabla 6.2. podemos observar un resumen del programa y su relación con los primeros programas académicos de enfermeras (1915) y practicantes (1902). Veamos con detenimiento su contenido.

Tabla 6.2: Comparación Enseñanzas Primeros Programas.

<b>PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915) (1)</b>	<b>PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)(1)</b>	<b>PROGRAMA DAMA ENFERMERA (1917)(2)</b>
Anatomía y Fisiología Cualidades de la enfermera y deberes	Anatomía y Fisiología Relación con médicos y farmacéuticos	Anatomía y Fisiología La Cruz Roja – condiciones que deben reunir las damas enfermeras. Obligaciones y derechos.
Higiene/Prevención/Asepsia Patología/Terapéutica	Desinfección Terapéutica	Asepsia y Antiseptia Patología/Terapéutica. (menores contenidos que en el programa de enfermeras)
Anestesia Cuidados según diferentes sintomatologías Cuidados recién nacidos	Anestesia	Anestesia
Cuidados y deberes de la enfermera en la muerte Cuidados a enfermos mentales	Embarazo y parto  Vacunación	Cuidados a la mujer embarazada y en el parto Cuidados especiales a los recién nacidos
Masajes Vendajes	Masajes Vendajes (dedica mayor extensión que en el programa de enfermeras)	Vendajes
Curas Total: 70 temas	Curas Total: 78 temas	Curas Total: 35 temas.

Fuente: (1) Adaptación (Domínguez, 1986) (2) Elaboración propia.

En la tabla resumen podemos observar ciertas similitudes en los tres *curricula* que venimos estudiando. Así, las materias de Anatomía y Fisiología son comunes para las tres titulaciones, si bien la extensión y algunos contenidos no son exactamente los mismos. En el caso de la Dama Enfermera podemos apreciar un programa tímidamente más orientado hacia aspectos de prevención en el ejercicio profesional, ya que de forma explícita y a diferencia de los otros dos programas, se incluyen aspectos de higiene y prevención en la lección 35 (ver Apéndice de Textos y Documentos). Asimismo, los aspectos preventivos de las enfermedades infecciosas se incluyen también en la lección 29 (ver Apéndice de Textos). Por lo demás, el resto del programa está configurado, como podemos apreciar en la tabla, como en las titulaciones de enfermera y practicante. Llama la atención, no obstante, que en el *curriculum* de las damas enfermeras vuelva a aparecer como contenido los procesos de embarazo y parto. Como sabemos, como consecuencia, en buena medida, del conflicto de competencias con los practicantes, estos procesos habían sido eliminados del *curriculum* de las enfermeras. La relativa independencia política de la Cruz Roja respecto al estado permite crear un perfil curricular específico que no concede el título de enfermera profesional y, por lo tanto, que aparentemente no da lugar a conflictos laborales con los practicantes.

Tal y como señala Clemente (1999), una vez finalizada la formación y

*“Aprobadas en los correspondientes exámenes, se les entregaba un diploma brazal e insignia y se las inscribía en el escalafón. Sus categorías fueron cuatro: jefas, sub-jefas, Damas Enfermeras de Primera clase y Damas Enfermeras de Segunda clase”* (p. 64).

En el reglamento de las escuelas de enfermeras de la Cruz Roja Española, publicado en Madrid en 1934, y que hemos manejado, vemos una serie de cambios con respecto al Real Decreto de 1917. En diversos artículos se señalan los requisitos de ingreso, los tipos de enfermeras que se forman en las escuelas de esta institución, el comienzo de curso, la duración de los estudios, los exámenes y los tribunales examinadores. Pasemos ahora a analizar cómo fue la evolución en las escuelas de la Cruz Roja.

Las escuelas de enfermeras de la Cruz Roja, según el artículo 1º del Reglamento de 1934, “*funcionarán siempre anejas a los Hospitales o Dispensarios de la Institución, en donde harán sus prácticas de las alumnas*” (p. 1). En cuanto a la denominación de las enfermeras que estudian en las escuelas de la Cruz Roja, en el artículo 2º se dice “*se formarán las dos clases de enfermeras de que se habla en sus Estatutos. Enfermeras Profesionales y Enfermeras Auxiliares Voluntarias*” (p. 1). En cuanto al tiempo necesario para obtener el título de Dama Auxiliar Voluntaria, se recoge en el artículo 8º que señala “*serán de diez meses, divididos en dos cursos de cinco meses cada uno*” (pp. 2-3). En el artículo 10 se recogen las condiciones de ingreso para las estudiantes Auxiliares Voluntarias:

- a) *Ser española, mayor de dieciocho años y menor de treinta.*
- b) *Presentar autorización de los padres o tutores, las menores de edad, y del marido las casadas.*
- c) *Ser asociada de la Cruz Roja.*
- d) *No padecer enfermedad ni defecto físico que incapaciten para el ejercicio de su misión, a juicio de la Dirección de la Escuela.*
- e) *Declarar conocer este Reglamento, cuyos preceptos se aceptan en totalidad; y*
- f) *Solicitarlo en la Secretaría de la Escuela”* (p. 3).

Los tribunales examinadores para juzgar a las estudiantes de Auxiliares Voluntarias estaban constituidos por Presidente, Secretario y Vocales, y se recogen en el artículo 18 de este reglamento que estamos analizando. En el artículo 19 se especifica que aquellas que hubiesen aprobado el primer curso obtendrían un certificado previo pago de tasas, así “*recibirán un certificado de sus exámenes, expedido por el Comité Central y el brazal*” (p. 6). Por otra parte, una vez aprobado el segundo curso, tal y como señala el artículo 20, “*recibirán el título de Dama Auxiliar Voluntaria y la medalla insignia de las mismas...*”.

En cuanto a la uniformidad, este reglamento no especifica cómo debe ser el uniforme; no obstante, en el artículo 29 se indica que “*Todas las alumnas quedan*

*obligadas a vestir, para todo acto de servicio, el uniforme de la institución, que correrá de su cuenta” (p. 9) . Por otra parte, en cuanto a no se especifican las horas de trabajo práctico; en el artículo 30 se dice textualmente: “serán acordadas en cada caso por la dirección de la escuela” (p. 9).*

La última promoción salió en el año 1978. Durante todos estos años recibieron diversos nombres, entre otros, Damas Auxiliares Voluntarias, tal y como hemos señalado. Estas enfermeras no obtenían retribución económica y pertenecían a las capas más altas de la sociedad. Entre ellas figuraban la Familia Real y numerosas mujeres que ostentaban títulos nobiliarios.

Es indudable la importancia de la Institución de la Cruz Roja para la formación de diversas figuras cuidadoras, entre ellas, las Damas Enfermeras. Sin embargo, seguían siendo fundamentales las ideas de sumisión, subordinación, dependencia, al igual que hemos constatado en el caso de la Escuela de Santa Isabel de Hungría. Veamos unos párrafos esclarecedores en este sentido, publicados en la revista nacional de Cruz Roja nº 252, de junio de 1923, y citados por Clemente (1999):

*“Los servicios que las Damas presten fuera del hospital son completamente voluntarios, y ninguna Dama está obligada a aceptarlos; los harán aquellas que se ofrezcan voluntariamente.*

*Al ofrecerse a prestar estos servicios se obligan a aceptar las siguientes condiciones:*

*Las Damas ofrecen sus servicios a la Sanidad Militar, por lo tanto, no harán más que cumplir órdenes que reciban del jefe del puesto del tren de la Ambulancia a cuyo servicio estén, sin discutir jamás lo que se les ordene, ni encontrar ocasión de crítica para nada, ni quejarse de nada.*

*La Dama Enfermera se conformará con dormir, si es preciso, en el suelo, sin exigir comodidad de ninguna clase.*

*La Dama Enfermera no hará por sí, bajo ningún pretexto, ninguna cura ni modificación de vendaje, ni pondrá ninguna inyección, etc., sin consultarlo con el médico que está de jefe de puesto. La Dama Enfermera se comportará en el campamento como si fuese una religiosa, no saliendo para nada de los*

*barracones hospitalares, ni sosteniendo conversaciones con personas ajenas al hospital.*

*La Dama Enfermera debe considerar que su misión es muy noble y hermosa, si la lleva a cabo en condiciones de prestar verdaderos servicios al herido, ayudando a hacer las camas, fregar cacharros, cuidar de los alimentos, cambiar de postura al que sufre, alentarle con palabras dulces, velarle de noche; todos estos servicios humildes y sin lucimiento, pero que son los que verdaderamente alivian y confortan al que padece en hospitales,...*

*La Dama Enfermera debe ser el consuelo del herido y el auxilio modesto y obediente del jefe del puesto en que preste sus servicios, sin discutir jamás sus órdenes ni criticar sus actos, ni mucho menos tomar iniciativas propias, que han de molestar a quien por su derecho es responsable de ellas” (p. 96, citado por Clemente, 1999).*

Estos fragmentos forman parte de una serie de instrucciones dirigidas a las Damas Enfermeras y estaban destinados a que conociesen su contribución a los servicios sanitarios en la guerra del norte de África. Fueron publicados en la *Revista Nacional de la Cruz Roja* (nº 252, de junio de 1923, pp. 377-378). Además, sabemos que para la formación se usaban dos libros de texto (ver figura 6.7. del Apéndice Iconográfico) *Curso Teórico de la Dama Enfermera*, escrito por el Dr. Soriano en 1920 (ver, por ejemplo, Herrera, 1997; Galindo, Garvi, Villa y García 2004) y en 1918 el escrito por Sánchez de Arrojo, titulado *El Consultor de la Dama Enfermera* (ver Herrera, 1997). Posteriormente, ya en 1920, se publicó la segunda edición este último texto. Como novedad, decir que quien lo escribe es una mujer que había cursado y se había examinado como Dama Enfermera; por tanto, podemos afirmar que Elena Sánchez de Arrojo fue una enfermera muy avanzada en la época que le tocó vivir. Ambos textos estaban adaptados al programa de esta titulación. Recordemos que en 1917, por la Real Orden del Ministerio de Guerra de 28 de febrero, se constituyó el Cuerpo de Damas Enfermeras, así como el programa oficial. Galindo, Garvi, Villa y García (2004) comentan este hecho del modo siguiente:

*“el profesor de la Escuela de Damas Enfermeras de Oviedo, Cándido Soriano Catalán, médico militar, elaboró un texto dirigido a la formación de aquellas súbditas españolas, mayores de 17 años que siendo afiliadas de la Cruz Roja, quisieran obtener el título de Dama Enfermera”.*

Cruz Roja Española inicia la formación de enfermeras profesionales en 1918, en Madrid, bajo las siguientes premisas (Clemente, 1999):

*“La enseñanza teórica era impartida por médicos, la enseñanza práctica era supervisada por las Hermanas de la Caridad del hospital. Para aprobar realizaban un examen realizado ante un tribunal compuesto por el director del hospital, dos médicos nombrados por las autoridades militares y el médico jefe del ejército” (p. 91).*

Clemente (*op.cit.*) refiere, además, que

*“... en tres categorías: las enfermeras profesionales que han realizado dos años de estudios en el hospital de la Cruz Roja, las enfermeras diplomadas que han realizado un año suplementario de servicios en el hospital y las enfermeras-jefes que han realizado seis meses de trabajo como directora de un servicio o de un dispensario de la Cruz Roja” (p. 54).*

En los artículos 1º y 2º, del Reglamento de 1934 (ver figura 6.8. del Apéndice Iconográfico), que hemos manejado, se mencionan los hospitales y clases de enfermeras; pasaremos ahora a estudiar este reglamento con respecto a las enfermeras profesionales.

En el artículo 11 se expresan las condiciones de ingreso; éstas son:

*“a) Ser española, soltera o viuda, mayor de dieciocho años y menor de veinticinco, justificados por certificación del Registro civil.*

*b) No padecer enfermedad ni defecto físico que incapacite para el ejercicio de la profesión a juicio de la Dirección de la Escuela.*

*c) Presentar autorización de los padres o tutores las menores de edad*

*d) Ser asociada de la Cruz Roja*

e) *Declarar que conocen este Reglamento, cuyos preceptos aceptan en totalidad; y*

f) *Solicitarlo en la Secretaría de la Escuela”* (pp. 3-4).

Como podemos observar, en estos criterios las mujeres casadas no tienen opción a poder cursar en estas escuelas los estudios de enfermera. Además, la valoración de la aptitud física la llevaba a cabo el médico de la escuela, el cual dictaminaba, previo reconocimiento médico, si la candidata era idónea físicamente.

Además, las candidatas a ingresar debían realizar un examen de ingreso que queda recogido en el artículo 12, y que consistía en varias pruebas: escritura al dictado, resolución de problemas aritméticos y un ejercicio de redacción. No acaban aquí los requisitos de ingreso, sino que, además, y como recoge el artículo 13, existía un período de prueba. Recordemos que en la Escuela Nightingale, como hemos visto, también se llevaba a cabo, lo que puede ser entendido como una influencia de esta institución sobre la española. En las escuelas de la Cruz Roja el período de prueba era de tres meses, tras los cuales las estudiantes se presentaban a un examen de acceso a la escuela. En este reglamento también se recoge la composición de los tribunales examinadores, tanto en la escuela de Madrid como en el resto de España. Sabemos que la formación de las alumnas de las escuelas de Cruz Roja se estructuraba en tres años, mientras que el programa oficial era de dos cursos académicos. En el artículo 23 de este reglamento que estamos analizando podemos leer: *“después de aprobado el tercer curso, recibirán el título, carnet e insignia de Enfermera de la Cruz Roja”* (p. 8). También en este reglamento se explicitan las vacaciones que podían disfrutar las alumnas profesionales; como se recoge en el artículo 28, *“gozarán de un mes anual de vacaciones durante el verano, y cuando la dirección de la Escuela lo estime oportuno diez días por Navidad”* (p. 9). Nos parece relevante resaltar que el período vacacional de estas estudiantes era menor al de otros estudiantes que cursaban titulaciones similares y, que se convertirá en algo habitual en las escuelas de enfermeras y, posteriormente, de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Esta cuestión no es baladí en el sentido de que las estudiantes-trabajadoras, como veremos, estaban asignadas a las salas más bien como mano de obra barata para paliar la necesidad de enfermeras profesionales tituladas. Con respecto a la

uniformidad, al igual que en el caso de las alumnas Auxiliares Voluntarias, no se hace ninguna especificación.

La Escuela de Madrid de esta institución, situada en la Avenida de Reina Victoria, continuó ininterrumpidamente con la formación de enfermeras profesionales hasta la etapa universitaria. En un primer momento no se transformó en escuela universitaria de enfermería; pasados unos años se reconvierte a la nueva estructura, siendo actualmente una escuela adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid.

Entre sus más destacadas pioneras está Carmen de Angoloti y Mesa, Duquesa de la Victoria, estrecha colaboradora y mano derecha de la Reina Victoria Eugenia. Esta enfermera colaboró en la fundación de la red hospitalaria de la Cruz Roja Española y, además, impulsó el proceso de formación de enfermeras (ver Angoloti de Cárdenas, 1959). Estudió como Dama Enfermera en la promoción 1918-1920 y trabajó en el Hospital de San José y Santa Adela de Madrid del cual fue nombrada presidenta. En el desastre de Anual (Marruecos), en 1921, fue enviada al frente de un grupo de enfermeras para instalar hospitales en las zonas de Melilla y Larache. Posteriormente, ya en la Guerra Civil Española, instala hospitales en los diversos frentes. Fue distinguida con numerosas condecoraciones. Su importancia para la enfermería en el campo social, lo refleja el monumento que se le erigió en Madrid, en concreto en la Avenida de la Reina Victoria, cuya inscripción señala: *“A la Duquesa de la Victoria, insigne bienhechora de los heridos y enfermos por la campaña de Marruecos. La nación agradecida”* (ver figuras 6.9. y 6.10. del Apéndice Iconográfico). Durante la Guerra Civil española la Institución de la Cruz Roja siguió impartiendo formación.

Por lo visto hasta ahora, la formación de enfermeras sigue una orientación médica, vocacional y caritativa, centrada en la enfermedad y vinculada al ejercicio profesional en el hospital.

Aunque tocaremos el asunto con más propiedad más adelante, conviene ir comentando que durante el gobierno de la República en (1931-1936) se estableció un nuevo marco legal desde el cual fue posible un cambio de orientación en la formación. Tal y como hemos estudiado al comienzo de este capítulo, el movimiento



krausista impulsó la integración en la enseñanza primaria, secundaria así como en el ámbito laboral a la mujer.

En el ámbito sanitario se pretendía mejorar y preparar a los distintos profesionales, en materia de higiene, puericultura, epidemiología. Todo ello se ve culminado con la creación de una serie de Escuelas donde formar a los distintos profesionales sanitarios.

A continuación describiremos otras Instituciones educativas que se fueron creando a partir de un nuevo enfoque socio-sanitario.

#### **4. Otras instituciones educativas.**

Como ya hemos señalado al comienzo de este capítulo, desde comienzos de siglo se van promulgando distintas normativas orientadas a una mejora en las condiciones de vida de la población. De este modo, se pretendía mejorar las condiciones sociosanitarias y, en especial, las condiciones higiénicas conducentes a reducir la mortalidad infantil, mejorar también las condiciones de salud de la mujer embarazada, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, así como asegurar en los procesos de enfermedad a los trabajadores. Para ello, fue necesario fundar diferentes instituciones de carácter sanitario y docente tales como: Escuela Nacional de Puericultura 1923, Escuela Nacional de Sanidad 1925, Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias 1932, van a formar “enfermeras” con orientación hacia la salud pública (ver el excelente trabajo de Bernabeu y Gascón, 1999).

##### **4.1. La Escuela Nacional de Puericultura.**

Si bien existía un precedente del año 1910, cuando se fundó el Instituto Nacional de Maternología y Puericultura, parecía necesario estabilizar y fortalecer la problemática sanitaria específica de las mujeres embarazadas y de los niños. La consolidación en materia educativa dirigida a elevar los conocimientos de los profesionales sanitarios que iban a ejercer en este área prioritaria asistencial no se consolida hasta el año 1923, en que se funda la Escuela Nacional de Puericultura en Madrid, un proceso posibilitado por la Real Orden de 23 de mayo. Esta escuela se adscribe al Consejo Superior de Protección de la Infancia. Recordemos que en el año 1904 se promulgó la Ley de Protección a la Infancia, y posteriormente, en 1910, el Reglamento de Puericultura. Este centro docente se centró en la formación de profesionales cuya labor sería la asistencia a la población infantil. El problema fundamental era reducir la mortalidad infantil y para ello se debía educar a la población. Este centro, con un carácter marcadamente multidisciplinar (ver tabla 6.3), aspiraba a formar al variado grupo de profesionales relacionados con la salud infantil. En esta escuela los objetivos prioritarios eran formar personal femenino, sobre todo, niñeras y enfermeras visitadoras. El Reglamento Provisional de dicha escuela no se publica hasta 1925, por la Real Orden de 2 de junio, que determinaba en doce capítulos y 88 artículos la organización de la formación de diversos profesionales. La Real Orden de 31 de diciembre de 1925 aprueba el Reglamento

Provisional y establece cursos, enseñanzas y exámenes, así como la creación de las Escuelas Provinciales.

El primer curso comienza en octubre de 1926. La figura que nos interesa, especialmente en este trabajo, es la **visitadora puericultora**. La formación duraba 10 meses, tras la cual las estudiantes se sometían a un examen para obtener el título. La formación previa exigida era el Bachiller o el título de Maestra Nacional. Aquellas aspirantes que no tenían esta formación debían realizar un examen de suficiencia. Poco a poco se fueron instalando escuelas provinciales en distintas ciudades de España. Las tituladas pasaban a ocupar plaza en las instituciones de Puericultura estatales, provinciales o municipales.

Posteriormente, se publica el Decreto de 19 de septiembre de 1935, por el que se aprueba el Estatuto de la Escuela de Puericultura, Enseñanzas y Régimen. La orden de 27 de noviembre de 1935 propone el Reglamento de esta Escuela Nacional y, en su artículo nº 1, define los títulos de diversos profesionales, entre los que se incluyen los de Visitadora Puericultora y Matrona Puericultora. Además, en sucesivos artículos, se señalarán las características de la docencia, así como las funciones de los profesionales que obtengan tales títulos. En cualquier caso, deberían poseer conocimientos y habilidades relacionadas con la visita sanitaria. Al igual que las visitadoras puericultoras, las **matronas puericultoras** eran formadas tanto a nivel teórico como práctico.

Tabla 6.3: Escuela Nacional de Puericultura.

TITULACIONES OFERTADAS EN LA ESCUELA NACIONAL DE PUERICULTURA	
Visitadora Puericultora Matrona Puericultura Niñera Titulada	Médico Puericultor Médico Tocólogo Puericultor

Fuente: Elaboración Propia (O.M. del 27 de mayo de 1935)

#### 4.2. Escuela Nacional de Sanidad.

El Real Decreto de 9 de diciembre de 1924 hace posible la creación de este centro. Posteriormente, la Real Orden de 21 de diciembre de 1928 aprobará la

reglamentación y estudios de la Escuela Nacional de Sanidad. Por otra parte, el Real Decreto de 12 de abril de 1930 establece el Reglamento para Régimen y Funcionamiento del centro. Entre los objetivos cabe señalar el de ofrecer enseñanza institucional a cada uno de los grupos sanitarios: practicantes, enfermeras y personal subalterno, así como instruir y formar el cuerpo de funcionarios médicos. Por tanto, parece prioritario preparar un cuerpo de enfermeras visitadoras.

Con la llegada de Gustavo Pittaluga a la dirección de la Escuela el proyecto de crear un cuerpo de enfermeras sanitarias se ve consolidado. Él mismo recuerda la orientación básicamente hospitalaria de las enfermeras formadas en España (Instituto Rubio, Cruz Roja, Valdecilla) (ver Pittaluga, 1930).

En 1933 se crea la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras como un nuevo servicio de la Escuela Nacional de Sanidad. En febrero de ese año comienza un curso dirigido a preparar a 30 enfermeras. La convocatoria de este plan de formación se publica en una Circular de la Dirección General de Sanidad de 13 de febrero. El curso permite acceder al título de **enfermera visitadora**, un título que habilitaba para ejercer en los dispensarios antituberculosos, servicios de higiene infantil y centros de higiene rural.

La formación era teórico-práctica y estudiaban higiene general del trabajo, escolar, de la alimentación, demografía, estadística sanitaria, etc. Las aspirantes debían tener título de practicante, matrona o enfermera y además debían realizar un examen de ingreso. En noviembre de ese mismo año, y a través de la Orden de 10 de noviembre, se incorporan las asignaturas de higiene escolar y medicina social para las **enfermeras visitadoras**.

Algunas enfermeras habían viajado al extranjero con la finalidad de cursar y/o ampliar estudios en esta área. La Orden de 28 de febrero de 1934 hace posible la convalidación de títulos de Enfermeras Visitadoras obtenidos en el extranjero.

Por otra parte, a través de la Real Orden de 21 de junio de 1922 se aprueba el Reglamento Programa para las hermanas enfermeras de San Vicente de Paúl, de los hospitales militares. Posteriormente, a través de la Real Circular de 11 de agosto, se aprueba un nuevo programa compuesto por 35 lecciones, aunque hasta el año 1941 el programa oficial conducente al título de enfermera no se transforma. Este

programa modificado se publicará en el B.O.E. de 16 de julio. Consta de una parte teórica con 33 temas, muy similar a programas anteriores. Sin embargo, aparece una novedad que consiste en un programa práctico cuyos contenidos eran: habitación del enfermo, desinfección de ropas, manera de hacer una cama, limpieza del enfermo, alimentación del enfermo, exploraciones generales, intervenciones, asepsia y vendajes. Ambos programas los reproducimos en el Apéndice de Textos y Documentos.

En este contexto republicano se produce un acontecimiento significativo, el viaje de formación de 14 enfermeras a Estados Unidos a través de la colaboración de la Fundación Rockefeller. Asimismo, en 1934, se creó una asociación profesional de visitadoras sanitarias que contó con un *Boletín*, de ahí que Bernabeu y Gascón (1999) afirmen “*que la actividad profesional de la visitadora sanitaria en el primer quinquenio de los años treinta, más concretamente, durante el periodo de la Segunda República, la Enfermería de salud pública alcanzó en España un grado importante de institucionalización*” (p. 102).

No debemos olvidar la oportunidad ofrecida por la Junta de Ampliación de Estudios cuyo convenio con la Fundación Rockefeller va a ofrecer la oportunidad para la formación en el extranjero. Esto hace que se desplacen a Estados Unidos, según Bernabéu y Gascón (1999), “*entre 1931 y 1936 catorce enfermeras*” (p. 81), que a su regreso serían profesoras de la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras de Madrid; al menos esa era la intención recogida en el segundo de los objetivos planteados por el programa de colaboración con la Fundación Rockefeller. Desafortunadamente esto no fue posible entre otras razones por el inicio de la Guerra Civil en el año 36.

Podemos afirmar que a través de la Escuela Nacional de Puericultura y la Escuela Nacional de Sanidad, la enfermería comienza a consolidarse en otros ámbitos distintos al hospital. Por otra parte, se inicia una cierta tendencia a la especialización en el área de salud pública. Desafortunadamente esta orientación hacia los cuidados comunitarios no se llevará a cabo formalmente en los planes de estudio hasta que la enfermería como disciplina llega a la Universidad.

### **4. 3. Enfermeros psiquiátricos.**

El primer cuarto de este siglo trae al campo de la salud mental nuevas situaciones que obligan al Estado a replantearse la creación de distintas administraciones públicas, como hemos citado anteriormente. En el caso concreto de la salud mental, los nuevos paradigmas que llegan de Europa, en cuanto a los avances en el conocimiento de las enfermedades mentales, hacen necesario cambiar la asistencia. Así, la concepción tradicional, que concebía la locura como incurable y el supuesto de internamiento perpetuo para las personas que la padecían, comienza a ser cuestionada. Por estas razones, aparece la Liga de Higiene Mental en 1927, que comienza a llevar a cabo propuestas y asesoría para los responsables de las instituciones psiquiátricas.

Este intento reformador trae como consecuencia que los profesionales disfrutasen de una formación orientada a la nueva visión de la salud mental y a la asistencia a los enfermos. Y es en este contexto, en el que aparece la nueva titulación.

La nueva formación para los enfermeros es recogida en la obra del Dr. Eulogio García de la Piñera del año 1935, y titulada *Enfermeros Psiquiátricos. Contestación al programa oficial aprobado por el Consejo Superior Psiquiátrico y por la Dirección General de Sanidad, publicado por orden del Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación (Gaceta 20 de Mayo de 1932)*. En el mismo año el doctor José Salas publica el *Manual de la enfermera General y Psiquiátrica*.

En 1932, durante la Segunda República, se crea el título de enfermero psiquiátrico, lo cual condujo a una amplia protesta, mostrando los practicantes su desacuerdo con la medida. La influencia de Gonzalo Rodríguez Lafora, como presidente del Consejo Superior Psiquiátrico, en la aparición del nuevo título fue notable. Este Consejo fue creado por el Decreto de 10 noviembre de 1931.

Entre las competencias que tenía este Consejo estaba la de determinar las necesidades formativas del personal responsable de la asistencia. La disconformidad de los practicantes se refiere a determinados temas del programa de formación para los enfermeros psiquiátricos, que supuestamente formaban parte única y exclusivamente de las competencias de los practicantes. Los temas referidos

son sondajes, medición de temperatura, hemostasia e intoxicaciones. En cualquier caso, los temas mencionados no fueron excluidos del programa formativo de los enfermeros psiquiátricos. Sin embargo, los practicantes consiguieron el título de enfermeros psiquiátricos, y los requisitos para su obtención fueron un año de estancia en un centro psiquiátrico y un examen.

El debate intenso que esta situación provocó se ve reflejado en la legislación, ya que en sólo tres meses se publicaron cuatro normas, a saber: Real Orden de 16 de mayo de 1932, por la que se establece el Diploma de Practicante y Enfermero Psiquiátrico; Orden de 17 de mayo de 1932, por el que se aprueba el programa de estudios para obtener el certificado de aptitud de los enfermeros psiquiátricos; Orden de 19 de julio de 1932, modificando el artículo 3º de la Orden de 16 de mayo de 1932, relativa a los Diplomas de Enfermeros Psiquiátricos; Orden de 30 de julio de 1932, por la que se aclara la Orden de 16 de mayo de 1932, por la que se establece el Diploma de Practicante y Enfermero Psiquiátrico. Finalmente, el 31 de diciembre, una nueva Orden aclara la Orden de 29 de mayo de 1932, referente a la creación del Diploma de Enfermero Psiquiátrico.

Nuevamente observamos la presencia de un cierto grado de especialización, en este caso en la atención a los enfermos mentales. Este proceso no tendrá lugar, como veremos más adelante, no se producirá hasta bien entrados los años 60. Para ello fue necesario la unificación de los títulos de enfermera, practicante y matrona en una denominación única, la de **Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.)**.

#### **4.4. Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias.**

En 1941, tras la Guerra Civil, la enfermería orientada hacia la salud pública se institucionalizó en la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias. El enfoque de este centro sufre un retroceso si lo comparamos con la orientación enfermera en salud pública durante la etapa de la Segunda República. En el Apéndice de Textos y Documentos reproducimos el texto escrito por su primer director Dr. José F. Turégano, en 1953 (ver, además, la figura 6.11. del Apéndice Iconográfico).

Como queda patente, el ideario de este centro supone un retroceso a los logros alcanzados por la mujer en general, y por las mujeres enfermeras en particular, en el ejercicio de sus derechos como ciudadanas. De esta manera, la

mujer, nuevamente, es vista como una ciudadana de segundo nivel y que, bajo la tutela del varón, consigue las más altas cotas en su desarrollo. Lo que interesa de este trabajo, de nuevo, la enfermera queda supeditada, por una parte, al protagonismo que le concede la clase médica, y que, por otra, la formación religiosa se convierte en el eje del ejercicio profesional. Por tanto, las condiciones morales de estas enfermeras que se formaban en esta escuela eran tanto más importantes que las capacidades físicas y sus conocimientos. Podríamos afirmar que las nuevas instructoras sanitarias formadas en la Escuela Nacional se convirtieron en el brazo ejecutor de los ideales político-religiosos en materia de salud del régimen franquista; eso sí, su afán era elevar la salud de la población.

*“Hay que partir de la base de que la mujer, en toda su amplia actuación, es siempre una colaboradora eficaz de la actividad del hombre, y la vocación de Enfermera nace con la mujer misma, prodigando sus atenciones y sus consuelos donde aparece el dolor (...) Corresponde a la Iglesia la organización de la profesión de Enfermeras, organización que persiste a través de todos los tiempos, quedándonos no sólo el alto ejemplo de nuestras Religiosas y Hermanas de la Caridad, sino también el de dos Santas como Isabel de Hungría y Catalina de Siena que dedicaron toda su vida a la atención de los enfermos...”* (Turégano, *op. cit.*; pp. 4 y 5).

Para ingresar en este centro las aspirantes debían estar en posesión del título de enfermera, ser solteras y tener una edad entre 18 y 40 años, así como certificado de su estado de salud. La admisión se hacía por oposición, previa convocatoria publicada en el Boletín Oficial del Estado por la Dirección General de Sanidad; asimismo las aspirantes debían tener cumplido el Servicio Social. Todas las alumnas debían vivir en régimen de internado dentro de la Escuela.

#### **4.5. El problema de los límites profesionales.**

Sobre este proceso de progresiva institucionalización y, por consiguiente, delimitación de las competencias profesionales de cada colectivo, seguía, no obstante, existiendo un conflicto de fondo, casi siempre motivado por el afán de los practicantes por monopolizar el ámbito de la asistencia y el apoyo sanitario a la medicina. Como ya hemos mencionado, en 1902 se autorizó a los practicantes la



asistencia a partos normales. Resulta paradójico que de los 78 temas que configuraban el programa de formación de los practicantes, 26 de ellos se relacionasen con aspectos obstétricos. Lo cual generó, como no podía ser de otra manera, un gran malestar y protestas fundamentadas durante años por parte del colectivo afectado. Sobre todo, teniendo en cuenta que la Real Orden de 15 de marzo de 1928, que estableció que no podía conmutarse el título de Matrona por el de Practicante, **al observarse diferencias trascendentales en sus programas de estudios**, tal y como hemos señalado anteriormente.

Un hecho importante para este colectivo fue la colegiación obligatoria para las matronas en 1930, por la Real Orden de 7 de mayo, que regula los Estatutos de los Colegios de Practicantes y Matronas. Asimismo, y a través de la Real Orden de 28 de diciembre de 1929, se establece la colegiación obligatoria para el colectivo de practicantes, y, por la que además, se aprueba el régimen de los Colegios y sus Estatutos.

No obstante, tenemos constancia de la existencia en estas fechas del Colegio de Matronas de Madrid y su provincia, cuyo Reglamento fue aprobado el 10 de diciembre de 1922 (ver figura 6.12. del Apéndice Iconográfico). El Reglamento fue presentado al Gobernador Civil de Madrid el 5 de diciembre de 1922, por las Colegiadas fundadoras, Doña Petronila Lahoz y Doña Concepción Marín. Veamos a continuación algunos aspectos contenidos en dicho reglamento. Así, en el capítulo 1, que versa sobre el objeto y fines de la colegiación, se señala

*“este Colegio tiene por objeto contribuir a que las Matronas alcancen el mayor grado de mejoramiento, progreso y cultura (...) 5. Procurar que se ejerza la profesión con moralidad y decoro”* (p. 5, cap. 1, artículo 1).

Vemos, pues, en este fragmento la influencia de las convicciones morales y sociales en la socialización de las matronas; las buenas costumbres, como hemos estudiado en el capítulo anterior, siguen siendo parte de la identidad de este grupo profesional.

Por su parte, los Colegios profesionales de los Practicantes de forma voluntaria datan del siglo XIX. Así, tenemos constancia de la creación del Colegio de Practicantes y Dentistas de Málaga en 1897, además de los que citaremos en otro

apartado de este capítulo y que a través de sus boletines y revistas, como órganos de opinión y concienciación, reivindicarán sus derechos ante las más altas instancias (ver figura 6.13. del Apéndice Iconográfico). Como estamos viendo, los practicantes funcionaron durante su periplo histórico formal como un motor en la generación de conflictos que dificultaron un desarrollo más claro de la enfermería y, sobre todo, que ralentizaron la emergencia de un objeto (el cuidado) específico para la enfermería como disciplina en nuestro país.

Pasaremos ahora a comentar algunos aspectos interesantes sobre el discurrir de la formación de enfermeras durante la Guerra Civil.

## 5. La Guerra Civil.

Durante la Guerra Civil se interrumpió en la mayor parte de los centros la enseñanza oficial de enfermeras, matronas y practicantes. Algunas escuelas fueron cerradas y en otras se siguió con la actividad formadora aunque los exámenes no se llevaron a cabo hasta el fin de la contienda. Como es lógico, durante este periodo de tres años surgieron necesidades relacionadas no sólo con la formación de enfermeras para cuidar a los heridos, sino también, las implicadas en la asistencia sanitaria en conflictos bélicos.

Una Institución central en el bando nacional es **Falange Española Tradicionalista y de las JONS**, que en su vertiente femenina crea en 1933 la **Sección Femenina**. Durante la contienda,

*“en octubre 1936 se fundó el **Auxilio de Invierno**, más tarde, **Auxilio Social**, imitación del **Winterhilfe** alemán. Dos meses después esta organización se convirtió en rama oficial de la **Sección Femenina** mediante la creación de la **Delegación Nacional de Auxilio de Invierno**” (Morcillo, 1988; p. 80; ver figuras 6.14. y 6.15. del Apéndice Iconográfico)*

El Auxilio de Invierno tuvo como cometido cuidar a los heridos y enfermos en los hospitales. Por lo que nos interesa en este trabajo, conviene resaltar la organización de cursillos y la creación de nuevas figuras a través de los mismos: *enfermeras de guerra, enfermeras de campaña y enfermeras militares*.

El prototipo de enfermera lo podemos encontrar en la niña española que es socializada bajo los valores que pudieran acaso dar lugar a una futura mujer enfermera, en opinión de Vallejo Nájera (1938, ver Apéndice iconográfico figura 6.16., 6.17., 6.18.). Por lo demás, aquellas que no cuidaban heridos o enfermos brindaban el cuidado a los niños (ver figura 6.19. del Apéndice Iconográfico).

En la zona republicana las enfermeras se sometieron a la lógica de la formación propia de los centros de la Cruz Roja y a los cursos organizados por el Socorro Rojo (ver Siles, 1999; p. 221).

Posteriormente, y una vez finalizada la guerra, se fundó *el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS*, a partir de la Ley de 3 de enero de 1942. En la misma, se le encomienda a la Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista y de las JONS la tutela del Cuerpo de Enfermeras. El título obtenido tuvo validez en todo el estado español. Asimismo, se indicaba que todas las afiliadas que en ese momento tuviesen el título oficial de enfermeras del estado lo revalidarán por el de enfermera de Falange Española Tradicionalista. Además, estas enfermeras podían especializarse como enfermeras visitadoras sociales y como enfermeras de guerra.

En este cuerpo de enfermeras de Falange fueron incluidas las categorías diferentes de personal de enfermería existentes en la Falange entre 1936 y 1942. Lógicamente, y en función de la formación, algunas de estas enfermeras debieron realizar otra formación para poder ejercer. Por otra parte, la Sección Femenina recomendaba las profesiones más adecuadas para que la mujer se realizase (ver figura 6.20. del Apéndice Iconográfico).

## 6. La formación enfermera en la posguerra. El plan de estudios.

No debemos olvidar que en el año 1940, la Orden de 10 de julio, establecía los estudios previos para la incorporación a los estudios de practicantes y matronas; asimismo, la Orden de 21 de mayo de 1941 establece las normas para el título de Enfermera. Posteriormente, la Orden del 16 de julio del mismo año establece el programa oficial que han de seguir las enfermeras en las facultades de Medicina. La novedad más importante se refiere al hecho de que por primera vez en el Plan de Estudios de Enfermeras se diferencia la parte teórica y práctica. En cuanto a la parte teórica, estaba organizada en 33 lecciones con contenidos de Anatomofisiología, de la lección 1 a la 8; de la 14 a la 20 los temas restantes distribuyen los contenidos de Higiene, Nutrición y Dietética, Patología Médicoquirúrgica y Psiquiatría. La segunda parte desarrolla los aspectos prácticos obligatorios, distribuidos en nueve bloques donde el estudiante debe aprender “*habitación del enfermo, desinfección, manera de hacer una cama, limpieza del enfermo, alimentación del enfermo, exploraciones generales, intervenciones, asepsia y vendajes*”. En la tabla 6.4. se muestra muestran las similitudes y diferencias entre los planes de estudios de practicantes, enfermeras y matronas.

Tabla. 6.4. Planes de estudio de 1900 a 1941.

<b>NORMATIVA</b>	<b>1902 PRACTICANTE</b>	<b>1904 PRACTICANTES Y MATRONAS</b>	<b>1915 ENFERMERAS</b>	<b>1921 PRACTICANTES Y MATRONAS</b>	<b>1926 PRACTICANTES Y MATRONAS</b>	<b>1928 MATRONA</b>	<b>1941 ENFERMERAS</b>
<b>REQUISITOS DE INGRESO</b>							
Estudios previos	Conocimientos de primera enseñanza superior	Certificado de enseñanza primaria superior	-	Certificado de enseñanza primaria superior	Título de Bachiller elemental	Título de Bachiller elemental	Tres años bachiller, más Fisiología e Higiene
Edad.	Cumplidos 16 años	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	-	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	16 años (Practicante) Mayor de edad (Matronas)	...
Otros.	Examen de ingreso ante tribunal compuesto por tres catedráticos	Autorización del marido para matronas casadas	-	Autorización del marido para matronas casadas	Autorización del marido para matronas casadas	Autorización del marido para matronas casadas	Examen de ingreso
<b>DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS</b>							
Prácticas Clínicas	Dos cursos	Dos cursos	-	Dos cursos	Dos cursos	Dos cursos	Dos cursos
	Certificadas por facultativo	Obligatorias dirigidas por facultativo	En clínicas, consultorios, asilos u hospitales	Obligatorias dirigidas por facultativo	Obligatorias dirigidas por facultativo	Obligatorias dirigidas por facultativo	Obligatorias
Teoría	78 temas	78 temas	70 temas				33 lecciones
Examen ante tribunal médico	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título	Para obtener título
Otros	Enseñanza libre y oficial	Enseñanza libre y oficial	-	Enseñanza libre y oficial	Enseñanza libre y oficial	Se aprueban Escuelas de Matronas	Oficial y en escuelas reconocidas
<b>TÍTULO EXPEDIDO</b>	Practicante	Practicante, Matrona	Enfermera	Practicante, Matrona	Practicante, Matrona	Matrona	Practicante, Enfermera

Fuente: Elaboración Propia.

Por lo dicho hasta ahora, al comienzo de la década de los 40 había en España una sorprendente diversificación de profesionales cuidadores, entendidos formalmente como profesionales de la enfermería en numerosos trabajos (ver, por ejemplo, Domínguez, 1986; Hernández Martín, 1996; Siles, 1999; Santo Tomás, 2000), una diversidad que se vio aumentada con la regulación del Cuerpo de Enfermeras de la Falange y de las JONS.

A continuación se expone en la tabla 6.5. que presentamos un resumen de las distintas denominaciones de colectivos profesionales que desde los inicios del siglo XX y hasta la década de los 50 han llevado a cabo cuidados de enfermería.

Tabla. 6.5. Denominaciones Profesionales de los Actuales Enfermeros

PERIODO	CRONOLOGÍA POR ORDEN DE APARICION
1900	Practicantes Matronas
1915	Enfermeras Damas Enfermeras de la Cruz Roja
1932	Enfermero Psiquiátrico Practicante Psiquiátrico
1933	Enfermeras Visitadoras
1935	Enfermera Visitadora Puericultora Matrona Puericultora
1936 a 1939 (Guerra Civil)	Enfermeras de Guerra Enfermeras de Campaña Enfermeras Militares
1942	Enfermeras de Organización Damas Enfermeras de la Falange Española Enfermeras de Guerra Visitadoras Sociales

Fuente: Elaboración Propia

Hasta el momento hemos desarrollado los aspectos de la formación en las primeras cuatro décadas del siglo XX. A continuación expondremos las competencias profesionales de practicantes, enfermeras y matronas.

## 6.1. Competencias profesionales.

En la tabla 6.6., que mostramos un poco más adelante, podemos observar que las actividades que se proponen para las tres titulaciones, relacionadas con el desempeño de los profesionales poseen una característica común: **la dependencia médica**. No obstante, trataremos de vislumbrar algunas diferencias entre las tres titulaciones con respecto a su rol profesional.

Como ya hemos señalado cuando describíamos la Escuela de Santa Isabel de Hungría y la Escuela de Cruz Roja, el título de enfermera va dirigida a mujeres. Las escuelas son femeninas y se denominan “escuela de enfermeras”, no de enfermería. Podemos afirmar que el término “enfermería” no aparece en la legislación que hemos estudiado hasta este momento, lo que resulta bien interesante en relación con la cuestión del desarrollo de la identidad enfermera.

En las escuelas de enfermeras las enseñanzas teóricas eran impartidas por profesores médicos y la supervisión de las enseñanzas clínicas era llevada a cabo por religiosas, fundamentalmente, las Hermanas de la Caridad. Las escuelas de enfermeras pertenecían y estaban ubicadas en hospitales.

Los practicantes, en su mayoría, eran varones y estudiaban en las facultades de medicina; no se crearon para este fin escuelas de practicantes, una diferencia significativa respecto al caso de las enfermeras, y que en nuestra opinión, marca una diferencia sustantiva en la socialización de ambos colectivos, que, en nuestra opinión, debe ser entendida como una cuestión de género. La asimetría formativa residía en diversos factores; en primer lugar, las instituciones de formación eran claramente diferentes en estructura, funcionamiento, recursos materiales y humanos. Consideramos pues, que las señas de identidad también fueron diferentes y que se ponen de manifiesto a través de los escritos que los practicantes redactan en sus publicaciones, boletines y revistas, y que analizaremos en el apartado siguiente de este capítulo.

Por otra parte, un somero análisis de las actividades reflejadas en la tabla 6.6. nos indican que la orientación de los estudios de enfermera y matrona se dirige especialmente a un “saber hacer” en la práctica y no tanto a un “saber pensar”; más



que la reflexión o la elaboración de criterios la toma de decisiones, parece que lo importante es la correcta ejecución.

En el caso de los practicantes, y aunque existe una dependencia respecto al médico, el hecho de poder llevar a cabo operaciones de cirugía menor, permite adivinar un mayor margen para tomar algunas decisiones. Recordemos que los practicantes son el último eslabón de la cadena histórica de los barberos, sangradores, cirujanos menores o ministrantes.

Tabla. 6.6: Competencias Profesionales.

ACTIVIDADES SEGÚN LA LEGISLACIÓN DE 26 DE NOVIEMBRE DE 1945		
PRACTICANTES	ENFERMERAS	MATRONAS
Realizar operaciones de cirugía menor. Ayudar en grandes operaciones realizadas por médicos. Curas a operados. Administrar medicación y tratamientos bajo orden médica. Administrar inyecciones. Asistir a partos normales. Realizar vacunaciones. Aplicar tratamientos específicos de cirujano callista y pedicuro o masajista.	Proporcionar atención: aseo, alimentación, eliminación, recogida de datos clínicos. Administrar medicación. Asistir a operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas ayudando a los médicos.	Asistir a partos y sobre partos. Ejercer como auxiliares del médico en la asistencia a embarazadas bajo sus indicaciones.

Fuente: Elaboración propia.

Para concluir este apartado, y en virtud de todo lo anteriormente mencionado, parece claro que estos tres grupos sanitarios, auxiliares de la medicina, ejercieron de manera claramente diferenciada sus propios cometidos en el ámbito de la atención sanitaria.

## 6.2. Colegios profesionales.

Como ya hemos señalado anteriormente, los colegios profesionales de practicantes y matronas comienzan su andadura de forma voluntaria antes de 1930. Por otra parte, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 establece con carácter obligatorio que en cada provincia española se cree un Colegio de Auxiliares Sanitarios que integre a practicantes, matronas y enfermeras. No cabe duda de que tal denominación indica el carácter auxiliar, subsidiario y secundario de estas profesiones respecto a la praxis médica. Nuevamente apreciamos que la legislación consagra el carácter dependiente de estos colectivos profesionales.

Para ejercer en España a partir de la legislación de 1945 fue necesaria la colegiación obligatoria por la Orden de 26 de noviembre de 1945. También debemos mencionar, llegado este punto, que las primeras revistas profesionales se crearon al amparo de las asociaciones profesionales y de los colegios. En su origen se utilizaron como vehículos de concienciación. No conocemos cuál fue la primera revista profesional de los practicantes, una cuestión que merecería un estudio específico. Algunas de las revistas profesionales que hemos manejado se citan en la tabla 6.7.

Tabla 6.7: Primeras Revistas Profesionales.

AÑO	REVISTA	CIUDAD
1864	<i>La voz de los Ministrantes</i>	Madrid
1865	<i>El Genuino</i>	Sevilla
1872	<i>El Cirujano Menor</i>	Madrid
1884	<i>El Practicante</i>	Zaragoza
1885	<i>El Defensor del Practicante</i>	Madrid
1890	<i>El Practicante Español</i>	Soria
1893	<i>El Eco de las Matronas</i>	Barcelona
1901	<i>El Practicante</i>	Valencia
1903	<i>El Practicante Moderno</i>	Madrid
1904	<i>El Practicante del Norte</i>	Bilbao
1905	<i>La Cirugía Menor</i>	Madrid
1907	<i>Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía</i>	Madrid
1926	<i>El Practicante en África</i>	Melilla
1934	<i>Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía</i>	Madrid
1936	<i>Gaceta del Practicante</i>	Madrid
1945	<i>Revista del Practicante</i>	Madrid
1950	<i>Enfermeras</i>	Barcelona

Fuente: Adaptado (Hernández Martín, 1999).

En cuanto a la revista *La Voz de los Ministrantes*, en la carátula se puede leer *Periódico dedicado a la instrucción y defensa de esta clase y la de practicantes* (ver figura 6.21. del Apéndice Iconográfico). Hemos revisado los veintidós números del primer año de publicación (1864). En el nº 1 se puede leer lo siguiente,

*“nunca el amor propio nos cegó hasta el punto de conceptuarnos dignos émulos de los grandes literatos de la antigüedad ni de nuestros días; ni aspiramos á ser colocados en el número de las notabilidades, siendo como somos tristes y oscuros Ministrantes; es decir, miembros de la escala inferior de la grande y sublime ciencia de curar. Sabemos muy bien que hemos tomado un cargo superior á nuestras facultades intelectuales, lo hacemos, sin embargo, con verdadera fé y valor, con la esperanza y la convicción de que vosotros sereis indulgentes, y nos ayudareis por cuantos medios estén a vuestro alcance, atendiendo al noble objeto y honrosas aspiraciones que nos proponemos”* (p. 1).

En la sección profesional de esta revista se pone de manifiesto en todos los números el conflicto de intereses de ministrantes y practicantes. Así, demandan una mayor presencia en diferentes ámbitos de actuación, a la vez que denuncian la falta de prestación asistencial en los pueblos de España. Por ejemplo, en el número doce de 30 de junio se expone la situación asistencial de las tres provincias de Aragón:

*“¡novecientas cuarenta y tres poblaciones en una sola provincia con escaso ó más bien ningún auxilio facultativo! (...) Hubo en España y aún tal vez existe cierto número de hombres que, partiendo de un principio erróneo, ó dominados por el egoísmo, intentaron y consiguieron del Gobierno el año 1846 la supresión de la cirugía pura y la creación de la carrera de ministrantes: obteniendo por este medio sin ellos quererlo quizá, la formación de una oligarquía en el profesorado de la ciencia de curar cuyos gefes fueran los mismos”* (p. 2).

Este escrito se refiere a una circular del 15 de mayo donde se recuerda a los sub-delegados de Medicina y Cirugía para que se cumpla el artículo 7º, capítulo 2º del Reglamento de 24 de julio de 1848.

Asimismo, tenemos constancia de que en el año 1893 las matronas también tenían una publicación editada en Barcelona con el nombre *El Eco de las Matronas*, cuyo primer número se publicó en el mes de enero. En 1898, tras un paréntesis donde se suspendió la publicación, en el mes de agosto reaparece el primer número de la segunda época (ver figura 6.22.). En el Memento el comité de redacción expresa: “*otra de las modificaciones introducidas, es hacer extensivo el objeto de nuestra publicación á las demás carreras auxiliares del Médico, que constituyen el brazo que ejecuta las disposiciones de aquél y que en conjunto forman los ayudantes del facultativo*”. Por tanto, en la carátula de esta revista se puede leer *El Eco de las Matronas, Dentistas, Callistas y Practicantes en Cirugía*. En la carátula de la misma añade *Revista Profesional primera y única en España*.

En la lectura del Memento de esta revista vemos cómo las matronas asumen su carácter auxiliar a la praxis médica. La inclusión de otros profesionales auxiliares pudiera ser una estrategia, dada la situación conflictiva, como ya hemos ido señalando, entre practicantes y matronas.

En otra revista, *El Practicante Moderno*, órgano de la Asociación General de Practicantes de España, cuyo primer número sale a la luz en octubre de 1903 (ver figura 6.23.), hemos revisados los primeros doce números de esta publicación y, podemos afirmar, que sigue la misma trayectoria de *La Voz de los Ministrantes*. En el primer número, en el artículo “Nuestra misión”, se preguntan qué es y qué representa en la gran familia de la humanidad la clase de los Practicantes. En el número dos, en el artículo *No hay peor cuña...*, es patente y manifiesto el conflicto y desunión de los miembros de este colectivo. En el número tres, en el artículo “Reconciliación”, exponen sus intenciones y la importancia de la unión y el olvido de las diferencias. En el número cuatro, en el artículo “Esperanza”, se apela a la unidad de pensamiento y a la solidaridad para vencer a los enemigos. En el artículo “No puede ser”, se vuelven a expresar las rencillas entre distintos sectores de practicantes y se pide que todos estén bajo la misma bandera. En el número 9 de febrero de 1904, en el artículo “Nuestra decadencia”, expresan lo siguiente,

*“Una de las causas que más contribuyen á nuestra situación es la falta de instrucción científica; careciendo de ésta nada más lógico que vivir sufriendo vejámenes y desprecios; y como si esto no fuera suficiente, y escudándose*

*gratuitamente en esta deficiencia los Poderes públicos, descuidan nuestra tutela y niégannos los derechos que la ley del Estado nos concede (...) Y esto es precisamente lo que nosotros deseamos; si la unión entre el profesor y el práctico existe, si aquél que éste es necesario, y si ambos unidos han de cumplir la misión que les exige su título, ¿por qué separarlos?” (S.A.; p. 1).*

Posteriormente, en 1905, aparece la publicación *La Cirugía Menor*, publicada en Madrid, cuyo primer número se edita en enero (ver figura 6.24. del Apéndice Iconográfico). En la carátula podemos leer *Revista quincenal. Defenderá los intereses morales y profesionales de Practicantes y Matronas*. Dos años más tarde aparece el *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía* como órgano oficial de los Colegios Unidos. Como Colegios Propietarios aparecen Valencia, Málaga, Álava, Teruel y Orgaz (Toledo), según reza en la carátula de su primer número de fecha 15 de noviembre (ver figura 6.25. del Apéndice Iconográfico). En la primera página interior se cita como colegios suscriptores a los colegios de Valladolid, Sevilla, Toledo, Palencia, Benavente (Zamora) y Barcelona.

Mención especial merece el número 1, y único, hasta donde sabemos, de la publicación *Gaceta del Practicante*, publicado en julio de 1936 (ver figura 6.26. del Apéndice Iconográfico) Esta revista se funda como el órgano de la Federación Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes. Hemos manejado esta publicación de valor incalculable para la historia profesional del colectivo de practicantes. Veamos con cierto detenimiento algunos artículos interesantes para nuestros objetivos.

En esta publicación hemos encontrado una carta de Gregorio Marañón, en la que transmite su simpatía y admiración hacia este grupo profesional; veamos un párrafo de la misma:

*“En estos momentos en que España necesita tanto de cada uno de sus hijos, en que todos debemos cumplir con rigor de religión nuestros deberes, todos los que nos preocupamos de la salud de nuestros semejantes debemos estar unidos en el entusiasmo y en la severidad para cumplir nuestra misión. Ante el dolor, que todo lo iguala, no hay clases, ni política, ni banderías...” (p. 4).*

Parece ser que se le había pedido un artículo para este número y que contestó al Sr. D. Antonio García del Real en los siguientes términos: *“Querido amigo: Perdóneme que no le envíe un artículo para el primer número de la Gaceta del Practicante. Estoy en días de trabajo tan duro que no puedo atender ni aun a su requerimiento que para mí es obligación de primera línea”* (p. 4).

En otro artículo titulado <Celebración del “Día del Practicante”, en toda España y fundación del Colegio de Huérfanos y Casa del Practicante Desvalido>. Es un proyecto en el que proponen a todo el colectivo, y fundamentalmente a los colegios profesionales de toda España, que el día 2 de octubre en todas las capitales de provincia, se celebre el día del Practicante, dando la máxima publicidad a este acto conmemorativo. En la propuesta se incluye la idea de amparar a los huérfanos y profesionales necesitados. Es por ello que esperan obtener los medios económicos para la fundación de un colegio para huérfanos y la Casa para los Practicantes Desvalidos.

En otro artículo titulado “Una preocupación honda y una esperanza firme”, se relata la situación de los practicantes del ámbito rural, de los cuales se dice:

*“son cerca de cuatro mil compañeros, cerca de cuatro mil apóstoles de la Asistencia y de la Sanidad en su aspecto auxiliar los que sufren angustias, privaciones, atropellos. Casi la mitad de nuestro censo profesional lo constituyen quiénes desempeñan sus actividades, tan beneméritas y eficaces como no valuadas adecuadamente (...)*

*son algo más; son la genuina representación del espíritu de sacrificio de nuestra profesión; su más firme valuarte, y pensamos que lleguen a ser su más formidable ariete.*

*Hay que reivindicarles, mejor hoy que mañana”* (p. 13).

En este mismo número que estamos analizando hemos encontrado un artículo titulado *Un concurso para plazas de Enfermeras que nos parece bien*, que nos interesa especialmente porque ilustra de manera adecuado la amenaza identitaria que los practicantes intuyen en el desarrollo profesional de las enfermeras. En él se relata el concurso para proveer seis plazas de enfermeras de la

Diputación Provincial de Jaén y en él se apoyan abiertamente las bases de la convocatoria. Por la importancia para nuestros fines pasamos a transcribirlo,

*“Aquella Diputación y su cuerpo médico han sabido cuáles son las funciones de esta clase de persona auxiliar médico sanitario, cuya eficacia puede ser tan grande estando bien dirigido y cuidando de que su misión no vaya más allá de donde le corresponde, y han señalado desde el principio, en las bases de la convocatoria, las obligaciones que tendrán que cumplir en el ejercicio diario de su profesión. Helas aquí:*

*1ª Permanecer en sus clínicas respectivas, durante ocho horas como mínimo, no considerándose como horas de trabajo las de descanso y comida.*

*2ª Observar y vigilar a los enfermos confiados a su asistencia, según las órdenes escritas o verbales que sean comunicadas por los Jefes de clínica.*

*3ª Asistencia directa de los enfermos, en la cual están comprendidos los trabajos siguientes:*

*Práctica de higiene general y local (baños, lavados, peinados, irrigaciones, etc.)*

*Renovación de apósitos y vigilancia de los mismos, con arreglo a las órdenes que reciba del personal técnico (Jefes de clínica, Ayudantes y Practicantes).*

*Aplicación de tópicos, renovación y vigilancia de los mismos*

*Arreglo de la cama, renovación de las ropas de ella tantas veces como sea necesario.*

*4ª Limpieza de los utensilios y enseres utilizados por el enfermo para sus necesidades íntimas, aseo y alimentación.*

*Quedarán excluidos en sus trabajos la limpieza de las Salas, suelos, mesas, retretes, mesas de noche, puertas y ventanas, así como el traslado de los enfermos de una a otra cama y a los cuartos de baño, a la Sala de operaciones y a cualquier otro departamento.*

*5ª Asistirán a la visita del Profesor de Clínica para dar cuenta de sus observaciones y recibir directamente las órdenes del mismo para el mejor cumplimiento de sus servicios.*

*¿No son éstas las verdaderas y dignas funciones que en todas partes como en Jaén deben ser encomendadas a las llamadas enfermeras hospitalarias **para que no ejerzan interferencias o intrusismo en las técnicas de los practicantes?** Pues esto que tan fácil le ha sido hacer a la Diputación de Jaén con la asesoría indudable de su cuerpo médico, ¿por qué no se hace en la hora de hora en todas las Diputaciones de España y en la de Madrid fundamentalmente?” (p. 27; énfasis añadido).*

Llegados a este punto de nuestro argumento, creemos necesario, una vez más, señalar que los practicantes se atribuyen la capacidad de dictaminar lo que es conveniente para el ejercicio profesional de las matronas y de las enfermeras. Se consideran los auténticos y genuinos herederos de la parte auxiliar de la medicina y como tales, los hermanos mayores de las otras profesiones auxiliares, lo cual les otorga el derecho legítimo de alzar sus voces, una y otra vez, en beneficio de los intereses de su colectivo, tal y como estamos relatando en este trabajo.

Por último, la revista *Enfermeras* sale a la luz en julio de 1950, editada en Barcelona (ver figura 6.27. del Apéndice Iconográfico). En su carátula podemos leer que es una revista mensual de las enfermeras hispanoamericanas. En la Salutación, y entre otras cuestiones, se dice, “*tributa su más respetuosa adhesión a S. E. el Jefe del Estado, y nuestro lema es: <contribuir a la valoración de aquellas mujeres que diariamente realizan una labor de consuelo y alivio cooperando al prestigio de España>*”.

Como corolario hablaremos de los conflictos entre enfermeras y practicantes que se sucedieron desde el primer momento en que fue configurada la profesión de enfermera. Así, en la revista *El Practicante Almeriense* aparecen en el año 1927, y durante los meses enero-febrero, marzo-abril y mayo-junio, una serie de artículos que dejan constancia de ello. En el primero de ellos, titulado “Ya se sabía”, se puede leer lo siguiente:



*“La creación del cuerpo de Enfermeras era un asunto de todos conocido y que esto, al llevarse a efecto su creación, había de ser motivo más que suficiente para producir un gran movimiento de defensa entre la Clase de Practicantes puesto que la creación del Cuerpo de Enfermeras, había de perjudicar muy mucho a los Auxiliares de Medicina y Cirugía. Y si después de haber luchado millares de veces por la reivindicación de la Clase, solicitando ampliación de estudios que originan sus gastos consiguientes a los que desean ostentar el título de Auxiliares Médicos; si después de las luchas, de Asambleas en beneficio de nuestra sufrida Clase; si cuando nuestros entusiasmos se vieron ya coronados de ansiadas peticiones; si nuestra preferida Clase veían en la lontananza despejarse el horizonte de sus aspiraciones y se prometía ilusiones de mejoramiento profesional, ante tantos desvelos y sacrificios, viene a turbar hoy su sueño de ilusión la R.O. en la que se crea el Cuerpo de Enfermeras.*

*Esto, consideramos que es un gran perjuicio para la cansada y sufrida Clase de Practicantes: puesto que ha de evolucionar en sentido muy perjudicial para los mismos; porque si bien es verdad que en un principio, se notarían poco con el tiempo había de ser el enemigo que se adueñara de nuestro campo: y es preciso, pero de todo punto urgentísimo, que todos, absolutamente todos, protestásemos ante la Presidencia del Gobierno de S.M. con el debido respeto” (S.A.).*

La siguiente entrega de este artículo aparece en el volumen de marzo:

*“En orden legal si la actuación de la enfermera ha de orientarse, como es de suponer, a la práctica ejecución de las prescripciones facultativas de carácter secundario, vendrá a ser sin discusión el elemento auxiliar del médico cerca del enfermo. Pero es de notar que la función de este elemento auxiliar ya está vinculada en otra carrera, la del Practicante, y al tomar estado la que se proyecta se ha de producir necesariamente la interferencia de atribuciones de la nueva profesión en el campo propio de la que ya existe, y ello parece que se opone al espíritu de la ley: puede aducirse que si a la mujer en España cuando a la licenciatura en Ciencias, Letras, de Medicina o Farmacia, Abogacía, Magisterio, Bachiller, Ingeniería, etc, se la imponen el mismo*

*régimen de estudios que al varón, parecen ocultarse los fundamentos que puedan abonar el que si aspira a la función de Practicante se la exima del régimen universitario establecido para éste, a cambio de otro más leve. Y, esto, jurídicamente, acaso no se puede hacer, y moralmente debe hacerse”.*

El artículo “Practicantes y Enfermeras” del mes de abril es una nota a favor de los derechos de ciudadanía y la legalización del diploma de enfermera.

*[En el ministerio de Instrucción Pública se facilitó ayer la nota siguiente:*

*“Sin poder encontrar el fundamento, es lo cierto que gran número de practicantes se han dirigido telegráficamente a este ministerio, exponiendo los perjuicios que creen les ha irrogado la real orden de la Presidencia del Consejo de ministros de 24 de febrero último, que reglamenta la concesión del título de enfermera.*

*Ningún perjuicio puede derivarse para los practicantes de tal disposición, no sólo porque su misión es distinta de las de las enfermeras, ya que prestan los cuidados de una asistencia asidua y continuada a la cabecera del enfermo, mientras aquellos sólo le visitan para ejecutar las prescripciones médicas, y porque las enfermeras son ya una realidad existente con anterioridad de dicha soberana disposición que se ha limitado a garantizar su capacidad y a regular sus funciones siendo evidente la conveniencia desde el punto de vista del público a quien no se puede privar de su elección libérrima del personal que mejor crea ha de prestarle sus cuidados y su asistencia en caso de enfermedad ]”.*

En el número siguiente de la revista *El Practicante Almeriense* (Mayo-junio de 1927) aparece una contestación de Flora Senosiáin Salaverri, “*El error de algunos*”. La autora comenta la actividad de cuidar como seña de identidad femenina; así podemos leer:

*“Hace algunos años parecía que ejercer las profesiones de la Medicina (Médicos y Practicantes) estaba llamado exclusivamente el hombre, considerando a la mujer impotente para ello teniendo por inmoral y bochornoso ese ejercicio para una mujer, especialmente si era soltera.*

*Desde que se autorizó a la mujer para seguir la misma carrera del hombre, han sido muchas las que han seguido las de Médico y Practicante habiendo llegado algunas a ocupar muy importantes cargos en España sin que hasta ahora se tenga noticia de que sea prácticamente imposible la delicadeza de la mujer con el ejercicio de la esta profesión porque se sabe de sobra que no se mira a los enfermos con otros ojos que son los de la madre ciencia.*

*La mujer, dadas las facultades de que está dotada, resulta muy bien para estas carreras y puede desempeñarlas al igual que el hombre sin que nadie pueda encontrar en ello motivo de censura.*

*La mujer que estudia y ejerce las carreras de Médico, Practicante o Matrona no resulta una mujer libre como algunos injustamente creen: sino por el contrario es tan delicada y tímida como antes que es indispensable para el ejercicio profesional. Nunca es demasiado delicada para esto, pero entiéndase bien sin dejar de ser fuertes en las escabrosidades que a todos pueden presentársenos.*

*Conste que no es mi intención sobreponer la mujer al hombre en materia alguna, sino demostrar ante quien quiera en contra que la mujer no pierde sus sentimientos de pudor al ejercer una profesión que tanto dignifica y honra a quien la posee, sino que se coloca en tales condiciones de seguridad que resulta invencible en las luchas de la vida en medio de un ambiente como el que actualmente nos rodea”.*

A través de la lectura de estos párrafos podemos ver el conflicto originado con la creación de una nueva profesión. La pregunta que nos hacemos es ¿cambiaron las actitudes de los practicantes cuando la titulación se reunificó bajo el título de Ayudante Técnico Sanitario? A esta cuestión trataremos de dar respuesta en el próximo capítulo.

## 7. Textos.

En este apartado pretendemos señalar los contenidos que supuestamente eran necesarios adquirir durante la etapa de formación por enfermeras y practicantes. Hemos comparado diez manuales. En la tabla 6.8 resumimos comparativamente sus contenidos.

Tabla 6.8: Comparación del Contenido Primeros Manuales.

Contenidos	1870	1894	1897	1903	1907	1915	1916	1916	1919	1920
Asepsia, desinfección, esterilización	-	*	-	*	*	*	*	-	*	*
Cuidados a la mujer en parto y al recién nacido	-	*	-	-	-	-	*	*	*	-
Terapéutica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Alimentación	-	*	-	-	*	*	*	-	*	*
Entorno de los enfermos	-	*	-	*	*	*	*	-	*	-
Observación clínica	-	-	-	*	*	*	*	*	*	*
Síntomas de las diferentes enfermedades y cuidados a los enfermos	*	-	-	*	*	*	*	-	*	*
Patología	-	-	-	-	*	*	*	-	*	*
Prevención e higiene	-	-	-	-	*	*	*	-	*	*
Anatomía y fisiología	*	-	-	*	-	-	*	*	*	*
La muerte - síntomas	-	-	-	-	-	-	*	-	*	-
Auxilios espirituales a los enfermos	-	-	-	*	-	*	*	-	-	-

Fuentes:

(1) Blanco y Torres, B. *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*. 3ª edición. Madrid: Imprenta de la Viuda e hijos de M. Álvarez. 1870. (271 páginas).

(2) Seco, M. A.: *Manual de la enfermera*, Barcelona: Imprenta Barcelonesa, 1894, (118 páginas).

(3) Marsillach, J. *Vademecum de practicante: Tratado de cirugía menor* 2ª edición. Barcelona, 1897.

(4) Pi y Arsuaga, J. *Cuidados que merece un enfermo*. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya. 1903. (110 páginas).

(5) Villar, J.: *Manual práctico de la enfermera hospitalaria y doméstica*, Barcelona: Arturo Suárez, 1907, (82 páginas).

(6) Font, T. et. al.: *Lo cuidado de malalts*, Barcelona: Editorial Barcelonesa, 1915, (152 páginas).

(7) Grenet, L.: *Arte de cuidar a los enfermos*, Barcelona: Gustavo Gili, 1916, (517 páginas).

(8) Vallory, J. *Carrera de practicante*. Barcelona: Aarisa, 1916, (580 páginas).

(9) Pijoán, B. (1919) *La Enfermera Moderna*. Barcelona: Arte y Letras (404 páginas).

(10) Soriano, C. *Curso teórico de la Dama Enfermera*. Oviedo: Junta Provincial de Damas de la Cruz Roja Española de Oviedo. 1920, (557 páginas).

El símbolo (\*) indica la inclusión en los diferentes temas en cada uno de los manuales reseñados.

Como se puede apreciar, hemos dividido los contenidos de los manuales en doce apartados o categorías para poder llevar a cabo una comparación de los textos. Un análisis de esta tabla nos indica que la categoría “Terapéutica” aparece en los diez textos estudiados. Las siguientes categorías que se reflejan en mayor proporción, en siete de los libros, son la Asepsia, Desinfección y Esterilización y Síntomas de las diferentes enfermedades y cuidado de los enfermos. En seis de los textos podemos apreciar que se reflejan las categorías “Alimentación”, “Entorno de los enfermos” y “Anatomía y Fisiología”. En cuanto a las categorías “Prevención e Higiene” y “Patología” se estudian en cinco de los manuales. En cuatro manuales se señalan los “Cuidados a la mujer en el parto y al recién nacido”. En cuanto a la categoría “Auxilios espirituales de los enfermos”, sólo se refleja en tres de los textos estudiados y la “Muerte-síntomas” en dos manuales. Por tanto, podemos afirmar que los contenidos de estos textos dirigidos a futuros profesionales y que forman parte importante de su socialización están orientados, en primer lugar, a aspectos terapéuticos, a conocer y llevar a cabo la asepsia, desinfección y esterilización y a identificar los síntomas de enfermedad. Si tenemos en cuenta a quiénes van dirigidos estos manuales, vemos pues que los aspectos que priman, al menos en las obras citadas, se refieren en mayor proporción a la función de auxiliar la labor del médico. Además, en algunos otros textos se enfatiza la idea de que las profesiones auxiliares de la medicina tienen determinadas obligaciones hacia la figura del médico. Veámoslo con algún detenimiento.

Sabemos que Alonso (1923) publica en Madrid un trabajo bajo el título *Las Carreras Auxiliares Médicas*. Este libro lo dirige, como en su título indica, a practicantes, enfermeras, damas enfermeras de la Cruz Roja y también a alumnos internos de los hospitales. Veamos las distinciones que este autor marca. Respecto al significado del rol de practicante, como señala Ventosa (1984),

*“... el Practicante de Medicina es el encargado de ejecutar en la clínica oficial y particular las prescripciones que ordena un profesor médico, siendo responsable de su técnica pero no de su finalidad...”* (p. 103).

Por otra parte, también distingue entre las capacidades del practicante y el enfermero:

*“el practicante es una persona perita, con un título profesional, de esfera más limitada, pero tan respetable como otra cualquier carrera oficial, que ejecuta las prescripciones del médico con arreglo a la ciencia.*

*El enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico ordena con arreglo a la práctica”* (Ventosa, *op. cit.*; p. 104).

Si bien no deja de ser una opinión del autor, interpretamos que pese a que ambas son titulaciones oficiales y auxiliares de la medicina, el reconocimiento hacia los practicantes, al menos en este texto, es muy superior al del enfermero. No sabemos muy bien por qué menciona el término enfermero ya que como hemos estudiado en el presente capítulo, en el año 1923, no existía esta figura según la legislación vigente. El término enfermero aparece posteriormente y en relación, como hemos visto en este mismo capítulo, con la atención psiquiátrica, bajo la denominación de enfermero psiquiátrico.

Diecinueve años después, este mismo autor publica el *Manual Teórico-Práctico para practicantes, matronas y enfermeras*. En el mismo reitera el carácter auxiliar de los tres colectivos profesionales en varios capítulos (ver Ventosa, 1984). Como ejemplo de las opiniones de este autor, podemos recordar lo siguiente: *“... En todas estas actividades la obediencia reflexiva, el respeto y sumisión a los médicos será el mejor exponente de la estimación profesional...”* (p. 105). Vemos, pues, que no sólo los auxiliares deben ayudar y ejecutar las órdenes médicas sino que,

además, el reconocimiento social de la medicina hacia los profesionales auxiliares se fundamenta en la sumisión a su jerarquía.

Evidentemente, hasta el comienzo de la etapa de A.T.S. se fueron editando muchos otros textos, entre otros el de Murga (1938), *Apuntes adaptados al programa oficial de la carrera de enfermera*, quien en el momento de su publicación era ayudante de clases prácticas en la Facultad de Medicina de Madrid (ver figura 6.28.). Este texto, como viene siendo habitual, está estructurado en lecciones. Las primeras diecinueve se corresponden con anatomía y fisiología; la lección veinte la destina a hablar de la enfermeras y las obligaciones que debe cumplir cuando cuida a los pacientes, bien en su domicilio o en bien el hospital; la lección veintiuna versa sobre asepsia, antisepsia e infección. Por otra parte, destina casi todas las lecciones restantes a los signos y síntomas de las enfermedades y a la explicación de procedimientos como el masaje. Tres lecciones, concretamente 43, 44 y 45, estudian aspectos relacionados con la higiene, y la última lección está destinada a la medicina social. Vemos, pues, que en este texto continúa orientándose los contenidos hacia un ejercicio profesional hospitalario fundamentado en la patología que padece el enfermo, si bien aparecen en tres lecciones otros contenidos dirigidos hacia la prevención de la enfermedad.

Para concluir este apartado, cabe reiterar que en los textos destinados a la formación de practicantes y enfermeras, tal y como hemos mencionado, se dejan de forma clara y manifiesta las ideas de dependencia hacia la medicina y que, en el proceso de socialización, los futuros profesionales incorporarán como parte de su identidad.

## **8. Conclusiones.**

En este capítulo, hemos estudiado el nacimiento en España de una nueva profesión. La enfermería se institucionaliza como profesión al amparo de una institución religiosa. Hemos analizado las instituciones que en el primer tercio de siglo se comprometieron en el desarrollo de esta nueva profesión, bien sea desde el ámbito de la formación de enfermeras básicas o generalistas, o bien de enfermeras con una cierta especialización.

La implicación de la Segunda República en la organización de la enseñanza de la enfermería condujo a un cierto esplendor y a una incipiente consolidación. Las ideas reformistas sobre la educación de la mujer en un nivel más amplio y en particular de la mujer enfermera, se ven interrumpidas por la Guerra Civil. La reorganización de las enfermeras en ambos bandos es un tema que, en nuestra opinión, debería ser estudiado en mayor profundidad. Sea como fuere, después de la contienda la dispersión de titulaciones en el ámbito de la enfermería, tal y como hemos señalado, fue muy amplia, a lo cual se sumó la ubicación de los estudios enfermeros bajo los auspicios de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S.

Por otra parte, hemos estudiado las condiciones y requisitos exigidos a la mujer para cursar estudios de enfermería, que por razón de las convicciones sociales de la época y solamente por esas razones, reflejaron una gran asimetría a la hora de poder estudiar la nueva profesión. Comparativamente el nivel de exigencias para estudiar la carrera de practicante no es el mismo, así nos referimos a la edad, estado civil, internado, etc., al igual que en el capítulo anterior vimos con respecto a las futuras matronas.

Hemos dado cuenta también de los numerosos conflictos de rol en el ejercicio profesional entre enfermeras y practicantes, practicantes y matronas. Hemos constatado el movimiento identitario de los practicantes, que se auto-proclaman los auténticos auxiliares de la medicina. Hemos visto también el hostigamiento de los profesionales varones hacia enfermeras y matronas, tal y como queda reflejado en las numerosas fuentes documentales que hemos ido analizando a lo largo de este capítulo.



Por otra parte, hemos estudiado las competencias profesionales de estos tres grupos, de los que podemos afirmar que presentan siempre intereses y actividades distintas, si bien los practicantes, recordemos que en su mayoría varones, invadieron el espacio y funciones que habían ostentado tradicionalmente las matronas desde comienzos de siglo. Además, los practicantes perciben en las enfermeras una amenaza de intromisión en su territorio y en sus funciones, y demandan mayor atención por parte del colectivo médico.

Los textos destinados a la formación de las futuras enfermeras dejan bien patente lo que se entiende como verdaderamente relevante para el desarrollo de la profesión: terapéutica, enfermedades y asepsia. Además de señalar cuál era su posición en la familia sanitaria, se entendía que la misión de la enfermera era, ante todo, estar en la cabecera del enfermo y auxiliar al médico, eso sí siempre solícita, obediente y sumisa.

En nuestra opinión, la enfermería en España nace y se institucionaliza como una profesión destinada a la mujer, sometida a la jerarquía del médico varón, pero también a la jerarquía del practicante. La dominación masculina en los diversos ámbitos públicos donde tiene lugar la socialización de la enfermera va a ir configurando una identidad peculiar y que llegará hasta nuestros días.

En el siguiente capítulo analizaremos la gestación de una nueva figura sanitaria, el Ayudante Técnico Sanitario. Profundizaremos en su socialización y veremos como durante casi tres décadas las mujeres que estudian esta carrera no tendrán las mismas oportunidades que los alumnos masculinos y sólo se equiparán en los requisitos de ingreso a la hora de acceder a las escuelas, en cuanto a los estudios previos que se les exige a todo el alumnado.



## **CAPITULO 7**

**EL AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO.**

**“MÁS QUE ENFERMERA Y MENOS QUE MÉDICO”.**



## CAPITULO 7

### EL AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO.

#### “MÁS QUE ENFERMERA Y MENOS QUE MÉDICO”.

##### 1. Introducción.

En este capítulo estudiaremos las condiciones que hicieron posible un cambio en la formación de las enfermeras, practicantes y matronas. Analizaremos la implantación y consolidación de una nueva figura sanitaria, el Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.), en nuestro país y el desarrollo de nuevos conflictos en el ejercicio profesional. Veremos cómo persistirán, tal y como hemos puesto de manifiesto en capítulos anteriores, diferencias importantes entre los hombres y mujeres, tanto en la formación como en el desempeño del rol profesional.

La etapa del A.T.S. se extiende entre 1953 y 1977. Consideramos que este período de la enfermería es crucial para comprender la identidad enfermera. Entre las múltiples razones, de momento señalaremos sólo el enorme peso que en el ejercicio de la profesión en la actualidad tienen los que se formaron como ATS en este período. Dado que la edad de jubilación en nuestro país está en 65 años, la mayoría ejercen actualmente en todos los ámbitos profesionales, es decir, como enfermeros asistenciales de atención primaria y especializada o en la docencia, bien en la enfermería de base o bien en puestos de responsabilidad. La influencia de esta etapa decisiva para nuestro estudio y la iremos analizando a lo largo de este capítulo y el siguiente.

La primera cuestión que nos gustaría destacar se refiere a la denominación de este título, A.T.S., que es única en el mundo. España es el único país donde el personal cuidador profesional ha sido conocido bajo tal denominación. Si analizamos el nombre, aunque sólo sea someramente, deja patente y de forma unívoca su significado: **es un ayudante**, y, por tanto, no tiene plena autonomía; un técnico, en este caso, cuyo ejercicio profesional está orientado a la vertiente técnica asistencial.

Como en la etapa anterior, que nos ha permitido estudiar las primeras décadas de la enfermería en España, la formación y las competencias, que pasaremos a describir a continuación, se orientarán hacia el “saber hacer”.

En primer lugar, vamos a analizar la legislación y los aspectos sanitarios que se relacionan con los cambios que en materia educativa condujeron a la titulación de A.T.S. La normativa legal que utilizaremos en el capítulo se muestra cronológicamente en el Anexo de Desarrollos Legales.

Como sabemos, en 1942 se implanta en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Dos años más tarde, se promulga la Ley de Bases de Sanidad, de 25 de noviembre de 1944, en la que se establece la titularidad del Estado para los asuntos sanitarios y benéficos, y, por tanto, se regula la asistencia sanitaria y social. Recordemos que la primera regulación importante en materia sanitaria fue la de 1855. Fruto de estas dos disposiciones, podemos afirmar que la asistencia ambulatoria generalizada a la población aparece en estos momentos, lo que condujo a una reorganización de los profesionales que se recoge en la Base 12 de la Ley de Sanidad Nacional de 1944. Las transformaciones del sistema sanitario fueron un elemento clave para la unificación de los estudios de enfermeras, practicantes y matronas en una única figura profesional, cual fue la del A.T.S. Pero antes veamos cual fue el camino que se siguió hasta la aparición de este nuevo profesional, a través del análisis de la legislación.

## **2. "Más que enfermera y menos que médico".**

Con esta frase anunció la profesora García Martín-Caro a su familia, sus deseos de estudiar en la península esta profesión al comienzo de la década de los 60, una frase que quizás refleja el nuevo ideario.

### **2.1. El tránsito de enfermera a A.T.S.**

En el Decreto de 27 de junio de 1952 se destaca la importancia de las funciones sanitarias y sociales que tiene asignada la enfermera y se establece una reorganización para regular la formación profesional y para darle la adecuada preparación técnica que garantice el cumplimiento de su misión.

A propuesta de la universidad y de las distintas organizaciones que vienen formando enfermeras, se dispone la creación de la Comisión Central de Estudios de Enfermeras, como organismo asesor del Ministerio de Educación Nacional. Dicha Comisión marcó la política a seguir sobre el funcionamiento de los centros de formación de enfermeras, así como la orientación de los estudios. La Comisión quedó constituida de la siguiente forma: Presidente, el Director General de Enseñanza Universitaria; Vicepresidente, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid; Vocales, un representante de la jerarquía eclesiástica designado por el Arzobispo primado de Toledo o por las entidades dependientes de aquella, que ejerciten la beneficencia sanitaria o tengan por fin las enseñanzas de enfermeras, un representante de la Sección Femenina de F.E.T. y de las J.O.N.S.; un representante de la Jefatura Central de los Servicios de Sanidad Militar, un representante de la Asamblea Central de la Cruz Roja, un representante de la Asociación de Religiosas Auxiliares Sanitarias, un representante del Instituto Nacional de Previsión por el Seguro de Enfermedad, y tres de libre designación del Ministerio de Educación Nacional. Veamos la nueva orientación de los estudios y de los centros de formación.

Las Escuelas de enfermeras van a ser de tres tipos: oficiales, de la Iglesia y de Entidades Privadas. En todos los casos las Escuelas de Enfermeras pasan a depender de las Facultades de Medicina del Distrito Universitario.

En cuanto a las Escuelas Oficiales, su dirección estaba a cargo de un catedrático de la Facultad de Medicina nombrado por el Decano. En los centros no oficiales la dirección debía recaer sobre un titulado superior a propuesta del Decano de la Facultad de Medicina, una vez oída la Junta Rectora de la entidad titular de la Escuela (Iglesia, entidades privadas, etc.). Además, era nombrado un catedrático de la Facultad de Medicina como inspector, quien debía de ser convocado para presidir la Junta Rectora de las escuelas. En esta misma Orden, se explicitaban los requisitos y condiciones necesarios para el reconocimiento de las escuelas de enfermeras de fundación no oficial. A destacar sobre este particular, es el artículo 9º del presente Decreto, que especificaba que las Escuelas, para ser reconocidas, deberían contar con el personal instructor titulado por lo cual deberán disponer de:

- *Un catedrático o médico*
- *Una enfermera, jefe de la escuela*
- *Profesores médicos de las diversas asignaturas*
- *Enfermeras instructoras*
- *Un capellán o asesor eclesiástico*
- *Un administrador.*

Además, de las enseñanzas técnicas incluidas, el plan de estudios señalaba la obligatoriedad de cursar “*para una más perfecta formación*” las enseñanzas de Religión y Moral y las Enseñanzas de Hogar. Por otra parte, la vigilancia e inspección en la actuación y labor docente de las Escuelas corresponde al Rectorado del distrito universitario, quien podrá delegarla en el Decano de la Facultad Medicina. Nos parece interesante mencionar que este último párrafo, curiosamente, todavía sigue vigente en algunos centros actualmente, concretamente en las Escuelas Adscritas, como, por ejemplo, las cinco Escuelas Universitarias de Enfermería adscritas a la Universidad Autónoma de Madrid.

Posteriormente, en la Orden de 4 de agosto de 1953, se establecen las Normas de Estudio y el Plan de las Escuelas de Enfermeras para todo el país. Veamos ahora en la tabla 7.1. cómo se reorganizan los estudios de enfermeras.



Tabla 7.1: Normativa del Plan de Estudios de Enfermeras.

NORMATIVA	1952 (1)	1953 (2)
<b>REQUISITOS PARA EL INGRESO</b>		
Estudios previos	...	Bachiller elemental o laboral, magisterio o grado pericial de comercio
Certificado de buena conducta	...	Presentada por dos personas de solvencia moral
Edad.	...	17 años
Otros.	Examen de ingreso y cursar estudios en escuelas reconocidas	Internado en escuelas reconocidas, condiciones físicas (mediante certificado médico efectuado en la Escuela), morales, intelectuales y vocación
<b>DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS</b>	Tres cursos	Tres cursos
<i>Programa:</i>	-	
Horas de enseñanza		3.278
Teoría	Además de las enseñanzas médicas, Religión y Moral	830 horas 288
Práctica	Prácticas en internado	2.160 horas
Examen de reválida en tribunales compuestos por médicos	Para obtener título	Examen al final de cada curso
Otros	Director de Escuela Médico, indica qué personal deben tener las escuelas	
<b>TÍTULO EXPEDIDO</b>	Enfermera	Enfermera

Fuente: Elaboración propia (1) Decreto 27 de junio de 1952. (2) Orden 4 de agosto de 1953.

Indudablemente, estos cambios sobre los planes de estudios anteriores que hemos estudiado en el capítulo anterior, suponen el reconocimiento formal de los tres tipos de escuelas que existían y estaban formando a las futuras enfermeras.

En relación con los requisitos de ingreso, se incluye una novedad con respecto a planes anteriores: la candidata debe ser presentada por dos personas de reconocida solvencia moral, como forma de asegurarse la buena conducta de la futura estudiante. Con la Orden de 1953 se hace necesario para el ingreso el

bachillerato elemental, lo cual garantiza un nivel mayor de estudios previos a la escuela.

En cuanto a la duración del programa, hay un incremento de las horas ya que se aumenta en un curso. Además, una vez iniciado el curso las estudiantes debían demostrar al final del primer trimestre, periodo preliminar de prueba, que poseían condiciones físicas, morales e intelectuales y vocación suficiente para el ejercicio de la profesión. Este último punto seguirá vigente en la etapa de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Recordemos que ya en la Escuela de St. Thomas, o Escuela Nightingale, existía ya en 1860 este período de prueba. Como podemos observar, casi un siglo después, la tradición de someter a prueba a las candidatas seguía siendo un rasgo característico de la formación de las enfermeras.

Por otra parte, el poder de la iglesia se ve reforzado por la implantación de las asignaturas de “Religión” y “Moral Profesional”, que garantizarán los buenos usos y costumbres de las enfermeras españolas. Además, las estudiantes formadas bajo un régimen de internado darán mejor cuenta de la disciplina necesaria para un buen servicio, en relación con horarios, ritos religiosos y disponibilidad para con los enfermos.

Otra novedad del plan de estudios de 1953 es que el examen que revalida los conocimientos de las alumnas se hace al final de cada curso. Se continúa con el formato de examen ante tribunal médico. Por lo demás, como podemos apreciar, persiste la formación teórica impartida por facultativos y el aprendizaje clínico supervisado por enfermeras religiosas.

El *currículum* es muy novedoso y está configurado por asignaturas nuevas en la formación de las enfermeras. Veamos en las tablas 7.2., 7.3. y 7.4. la cronología de los cursos.

Tabla 7.2: Asignaturas Primer Curso.

PLAN DE ESTUDIOS		
ASIGNATURAS HORAS TEÓRICAS no se especifican	Período de Prueba 1 trimestre	Curso 2 trimestres
Religión	Si	No se especifican
Moral Profesional	-	No se especifican
Elementos de Anatomía y Fisiología	Si	No se especifican
Técnica del cuidado de enfermos	Si	No se especifican
Bacteriología	-	No se especifican
Higiene	-	No se especifican
Elementos de Química y Física	-	No se especifican
Matemáticas aplicadas	-	No se especifican
Formación Política	Si	No se especifican
Enseñanzas del Hogar	Si	No se especifican
Educación Física	si	No se especifican
<b>Prácticas</b>	A razón de cuatro horas diarias, distribuidas en: Sala de demostración. Salas de enfermos. Practicas de Cirugía. Practicas de Puericultora y Pediatría. Practicas en Quirófano. Practicas en ficheros, archivos y de caligrafía.	Cuatro horas diarias en salas de enfermos.

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de agosto de 1953).

Como podemos apreciar, el período de prueba duraba un trimestre y al finalizar se realizaba una evaluación del aprendizaje, que se basaba, supuestamente, en el rendimiento en las materias de "Religión, "Elementos de Anatomía y Fisiología", "Técnica del cuidado de enfermos", la "Formación Política", "Enseñanzas del Hogar" y "Educación Física", además de realizar la parte correspondiente de las prácticas clínicas. Las alumnas que aprobaban cursaban el resto de las asignaturas durante los dos trimestres restantes del curso académico. Como podemos comprobar, la alumna aventajada, lo era en un sentido muy peculiar, demostrando su capacidad en un saber hacer en la práctica sin apenas fundamentación teórica que sustentase su aprendizaje y, por supuesto, demostrando su buena conducta según los criterios de la época, es decir, cosiendo, bordando,

asistiendo a los actos religiosos y manteniendo una mente y un cuerpo sanos. Poco más podemos decir, ya que desconocemos las horas dedicadas a las asignaturas teóricas.

Tabla 7.3: Asignaturas Segundo Curso.

<b>ASIGNATURAS</b>	<b>HORAS TEORICAS</b>
Religión	No se especifican
Moral Profesional	No se especifican
Patología Médica y Quirúrgica	No se especifican
Técnica del cuidado de enfermos	No se especifican
Dietética	No se especifican
Farmacología	No se especifican
Química aplicada	No se especifican
Elementos de Psicología General	No se especifican
Historia de la Profesión	No se especifican
Educación Física	No se especifican
Enseñanzas del hogar	No se especifican
Formación Política	No se especifican
<b>Prácticas</b>	Cuatro horas diarias en salas de enfermos, laboratorio.

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de agosto de 1953).

En este segundo curso, y como novedad, encontramos en el programa varias asignaturas, como “Farmacología”, “Química Aplicada”, “Elementos de Psicología” e “Historia de la Profesión”; aunque desconocemos las horas que se destinaban a su impartición, representan una apertura en la formación. Por primera vez, en los planes de estudio de esta titulación, las enfermeras comienzan a conocer aspectos relacionados con su propia profesión, cuestión que nos parece muy relevante. Por otra parte, los conocimientos de psicología, aunque entendemos que escasos, traen, a nuestro entender, aire fresco en la formación que, hasta ese momento, se centraba única y exclusivamente en los aspectos médicos.

Tabla 7.4: Asignaturas Tercer Curso.

ASIGNATURAS	HORAS TEORICAS
Religión	No se especifican
Moral Profesional	No se especifican
Órganos de los sentidos, Enfermedades infecciosas	No se especifican
Física	No se especifican
Maternología	No se especifican
Puericultura y Pediatría	No se especifican
Elementos de psicología	No se especifican
Psiquiatría e Higiene mental	No se especifican
Medicina preventiva	No se especifican
Sociología	No se especifican
Formación Política	No se especifican
Enseñanzas del hogar	No se especifican
Educación Física	No se especifican
<b>Prácticas</b>	Cuatro horas diarias en: Quirófano. Pediatría. Oftalmología. Otorrinolaringología. Puericultura. Salas de infecciosos. Psiquiatría. Visitas domiciliarias. Salas de escayolas y Estadística.

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de agosto de 1953).

También este tercer curso es novedoso en lo que se refiere al *currículum*, con asignaturas que apuntan una orientación hacia aspectos comunitarios y no sólo centrándose en la atención a los enfermos. Se habla de visitas domiciliarias en el aprendizaje clínico y se estudian aspectos de la prevención de enfermedades. Además, se completa el área psicosocial, por así decirlo, ya que se sigue estudiando "Psicología", "Sociología" y aparece también "Psiquiatría e Higiene Mental", con lo que parece que, por primera vez, las enfermeras, van a conocer problemas de salud mental para poder atender a los enfermos que padecen estas situaciones y no sólo aquellos que presentan afecciones "orgánicas" o "corporales".

En efecto, las enfermeras, como veremos en otro apartado, habían solicitado en numerosas ocasiones disponer de un programa formativo más adecuado a la situación de salud de la población y al desarrollo científico y tecnológico del momento. Pero los deseos, aparentemente cumplidos, de las enfermeras van a mantenerse satisfechos muy poco tiempo. El plan de estudios del año 1953, que acabamos de estudiar, estará en vigor tan sólo durante dos cursos académicos, ya que unos meses más tarde, en diciembre del mismo año, aparecerá un Decreto que unificará los estudios de las tres titulaciones auxiliares de la medicina en España.

## **2.2. Planes de Estudios del A.T.S.**

Como ya hemos venido anunciando, un nuevo Decreto, concretamente el de 4 de diciembre de 1953, dará paso a la unificación de los estudios de las profesiones de auxiliares sanitarios (enfermeras, matronas y practicantes), regulando los estudios de A.T.S. y creando además, las especialidades. Sin embargo, no es hasta la nueva Orden de 4 de julio de 1955 cuando pasará a denominarse Ayudante Técnico Sanitario.

Pasaremos ahora a detallar el Plan de Estudios, así como las materias y las consecuencias de su implantación. Recordemos que este período que estamos estudiando es el precedente más próximo a la etapa actual de la enfermería actual española y, por consiguiente, muchos de los profesionales que están en activo han sido socializados en este ideario que inmediatamente pasamos a analizar.

En las cuatro siguientes tablas (7.5., 7.6., 7.6. y 7.7.) detallamos los cambios que ha supuesto esta nueva titulación en el devenir de la enfermería española.

Tabla 7.5.: Plan de Estudios del A.T.S.

NORMATIVA	1955
<b>Condiciones requeridas al ingreso</b>	
Estudios previos	Bachiller elemental o laboral, magisterio o grado pericial de comercio
Certificado de buena conducta	Presentación por dos personas de reconocida solvencia moral.
Edad.	17 años
Otros.	Condiciones físicas y salud, reconocimiento médico, examen de ingreso, internado para alumnas
<b>Duración de los estudios</b>	Tres cursos
<i>Programa:</i>	
Horas de enseñanza	4.107
Teoría	585 horas 642 en religión, moral, enseñanzas del hogar
Práctica	2.880 horas
Examen de reválida en tribunales compuestos por médicos	Examen al final de cada curso
Enseñanza libre oficial	Unifica los estudios de practicante, enfermera y matrona
Título expedido	Ayudante técnico sanitario

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de julio de 1955).

En primer lugar, veamos los cambios con respecto al plan de estudios de enfermeras de 1953. Como podemos apreciar, en cuanto a los requisitos de ingreso no existen cambios significativos. Sin embargo, la duración de las enseñanzas clínicas se ven aumentada; frente a las 2.160 horas de la etapa anterior, ahora son 2880 las horas destinadas a este tipo de aprendizaje; también las horas de enseñanza total de la titulación se ven incrementadas: de las 3.278 horas anteriores, en la etapa de A.T.S. se dedican 4.107 horas a la carga lectiva global. En cuanto a las horas de las asignaturas teóricas, también globalmente se ven aumentadas. Pero este último dato resulta engañoso; si bien se ven incrementadas las horas de diversas materias, son ridículas en comparación con las que a todas luces, en nuestra opinión, no representan nada más que el ideario sociopolítico de la época, y que en ningún caso dotan al futuro profesional de mayor nivel teórico-

científico y, por ende, de más solvencia a la hora de aplicar dichos conocimientos en la práctica profesional.

Tabla 7.6: Primer Curso A.T.S.

PLAN DE ESTUDIOS		
ASIGNATURAS	HORAS TOTALES	TEORICAS (H/S)
Religión	30 horas	1 hora
Moral Profesional	30 horas	1 hora
Anatomía Funcional	60 horas	6 horas (desarrolladas en el primer período del curso, que habrá de terminar en el primero de febrero).
Biología General e Histología Humana	10 horas	3 horas (desde el comienzo del curso)
Microbiología y Parasitología	10 horas	3 horas ( a continuación de Biología e Histología)
Higiene general	10 horas	3 horas (a continuación de Microbiología y Parasitología)
Nociones de Patología General	30 horas	3 horas (a continuación de anatomía funcional)
Formación Política	36 horas	1 hora
Educación Física	210 horas	6 horas
<b>Prácticas</b>	864 horas	Técnica de cuidado de los enfermos y conocimiento del material de laboratorio (4 horas diarias como mínimo)

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de julio de 1955).

Como podemos apreciar, las horas totales de cada una de las asignaturas que configuran el primer curso de la carrera de A.T.S. nos indican el grado de relevancia que se le otorga a cada una de ellas dentro del *currículum*. Así, vemos que la “Educación Física” tiene con respecto a la siguiente asignatura en número de horas (Anatomía Funcional) casi cuatro veces más carga horaria. Por una parte, si sumamos las horas de las materias de “Religión”, “Moral” y “Formación Política”, el resultado (96 horas) nos sugiere que cada una de estas materias por separado tiene la misma importancia curricular que la “Patología General”. Por otra parte, el aprendizaje clínico no está sustentado en conocimientos teóricos, lo cual nos indica



que se aprende por imitación, sin fundamentación teórica y científica de ninguna clase.

Tabla 7.7.: Segundo Curso A.T.S.

PLAN DE ESTUDIOS		
ASIGNATURAS	HORAS TOTALES	TEORICAS (H/S)
Religión	30 horas	1 hora
Moral Profesional	30 horas	1 hora
Patología Médica	30 horas	1 hora
Patología Quirúrgica	60 horas	2 horas
Nociones de Terapéutica y Dietética	40 horas	1 hora
Elementos de Psicología General	20 horas	1 hora
Historia de la Profesión	10 horas	No especifica
Educación Física	210 horas	6 horas
Formación Política	36 horas	1 hora
<b>Prácticas</b>	1296 horas	6 horas diarias (en clínicas médicas y quirúrgicas y laboratorio)

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de julio de 1955).

En este segundo curso podemos observar que las materias de "Religión, "Moral Profesional", "Educación Física" y "Formación Política" tienen el mismo número de horas que en el primer curso. Podemos apreciar que la "Patología Quirúrgica", la "Terapéutica y Dietética" y la "Psicología General" suman un total de 120 horas, casi la mitad que la "Educación Física" y solamente 30 horas más que "Formación Política, "Religión" y "Moral Profesional". En cuanto a la asignatura "Historia de la Profesión", con una carga lectiva global de 10 horas, nos permite intuir entendemos la importancia que el legislador otorga a la historia profesional. Por lo que respecta al aprendizaje clínico, se aumenta el número de horas, y la base teórica para el manejo de las situaciones de salud de la población resulta totalmente insuficiente, por lo que los estudiantes, hacen y ejecutan técnicas y procedimientos sin una base sólida de conocimientos científico-técnicos.

Tabla 7.8: Tercer Curso A.T.S.

<b>PLAN DE ESTUDIOS</b>		
<b>ASIGNATURAS</b>	<b>HORAS TOTALES</b>	<b>TEORICAS (H/S)</b>
Religión	30 horas	1 hora
Moral Profesional	30 horas	1 hora
Medicina y Cirugía de Urgencia	30 horas	1 hora
Higiene y Profilaxis de las Enfermedades Transmisibles	10 horas	No especifica
Obstetricia y Ginecología	20 horas	No especifica
Puericultura e Higiene de la Infancia	15 horas	No especifica
Medicina Social	10 horas	No especifica
Psicología Diferencial Aplicada	10 horas	No especifica
Formación Política	36 horas	1 hora
Educación Física	210 horas	6 horas
<b>Prácticas</b>	1296 horas	6 horas diarias (en clínicas hospitalares correspondientes a todas las enseñanzas del curso)

Fuente: Elaboración propia (Orden 4 de julio de 1955).

Las nuevas asignaturas que se estudian en este curso suponen en total 95 horas teóricas. Como en los casos de primer y segundo curso, la carga lectiva global

de estas materias nos parece a todas luces insuficiente para un aprendizaje científico-técnico de calidad.

Tras este primer análisis del plan de estudios basado en aspectos, por así decirlo, más cuantitativos, pasaremos a mencionar lo que, en nuestra opinión, y, para el tipo de trabajo que estamos desarrollando, tiene tal vez más importancia, a saber, la medicalización del cuidado. Entendemos, en efecto, que el nuevo perfil curricular supone una orientación totalmente medicalizada y centrada en una actividad profesional hospitalaria. Veamos las razones que nos llevan a entenderlo en este sentido.

En primer lugar, diversas asignaturas contenidas en el plan de estudios de enfermera del año 1953 han desaparecido del *currículum* del A.T.S. Así, las asignaturas de "Psiquiatría e Higiene mental", "Medicina preventiva" y "Sociología". Si bien se mantienen dos asignaturas de Psicología. En segundo lugar, el aprendizaje práctico en este nuevo desarrollo curricular, se hace única y exclusivamente en el hospital. No así en la formación de enfermera, que destinaba una parte del tercer curso a la visita domiciliaria. De este modo, los futuros A.T.S. tendrán, una vez más, una visión *médicocéntrica* de la actividad a desarrollar, ignorando elementos relevantes para el cuidado enfermero, como son otros aspectos del espacio dónde vive y se desarrolla la persona cuidada. Además, las personas con problemas de salud mental, desaparecen de nuevo del ámbito de trabajo de los nuevos titulados. Aunque, como veremos un poco más adelante, se creará la especialidad de A.T.S. psiquiátrico, nos preguntamos si es necesario que todos los enfermeros que cuidan a estos enfermos sean especialistas. Si esto fuera así, ¿por qué se estudian en el plan de estudios "Obstetricia y Ginecología", si también, para proporcionar cuidados a las mujeres en toda la etapa fértil, sólo las matronas serían la figura adecuada? Sin embargo, en las maternidades, como es lógico, también están las tituladas en A.T.S., sin especialidad, que llevarán a cabo cuidados con las mujeres. Por la misma razón que en el caso de los niños enfermos, sólo serían personas idóneas para cuidar aquellas que tuviesen la especialidad de pediatría.

En nuestra opinión, no es esta cuestión la que llevó al legislador a obviar en la formación generalista la asignatura de "Psiquiatría e Higiene mental"; más bien, nos parece que la representación social de los enfermos mentales tuvo mucho que ver

en esta situación. La actitud del legislador refleja, en cierto modo, este desplazamiento social de la enfermedad mental al lugar de las ausencias. Todavía de forma generalizada los antiguos endemoniados, orates, eran excluidos o rechazados, algo vergonzante para la familia de quienes padecían este tipo de problemas. Sea como fuere, el programa de formación que estamos estudiando nos parece reduccionista y, globalmente considerado, un retroceso para la enfermería de nuestro país, si lo comparamos con el que había sido implementado en el año 1953.

Una vez que hemos analizado el itinerario curricular de la titulación de A.T.S. pasaremos a detallar los centros de formación. En primer lugar, la etapa de A.T.S. será una etapa de asimetrías entre los estudiantes varones y las alumnas mujeres. Podemos fundamentar esta afirmación en el hecho de la prohibición de la coeducación. Así, **el Decreto de 6 de julio de 1955 estableció la expresa prohibición de la coeducación en los estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, un hecho que tiene, en nuestra opinión, una enorme trascendencia.** Por tanto, para asegurar el cumplimiento de esta normativa se crearon escuelas de A.T.S. masculinas y escuelas de A.T.S. femeninas. Pasemos a continuación a señalar sus diferencias.

### **2.3. Las Escuelas de A.T.S.**

En las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninas se cursaba, además de las asignaturas más arriba señaladas, la de “Enseñanza del Hogar” en los tres cursos, con una carga lectiva de una hora semanal en cada uno de ellos. Por sumarte, en las de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se cursaba “Autopsia médico-legal”. Los contenidos de la asignatura eran: (1) Elementos necesarios para realizar una autopsia; (2) Técnica de obtención y conservación de piezas para su envío al laboratorio; (3) Embalsamamiento. Diversos medios y material necesarios para realizarlo.

Los estudios en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos se cursaban de forma obligatoria en régimen de internado hasta el año 1976, con dos situaciones excepcionales con la normativa: en 1962, la Orden de 26 de noviembre concede a las alumnas casadas la no obligatoriedad de permanecer internas. En 1972, a petición del Instituto Nacional de Previsión, la Orden de 23 de octubre

autoriza a todas las Escuelas Femeninas de Ayudantes Técnicos Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión para que admitan a alumnas en régimen de externado.

Por el contrario, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos estaban ubicadas en las Facultades de Medicina y los estudios se realizaron siempre en régimen de externado.

El curso escolar comenzaba el 1 de octubre y finalizaba el 30 de junio. Pero eso no ocurría en todas las Escuelas Femeninas. Así, suponemos que, dada la escasez de personal, en numerosas escuelas, las alumnas sólo tenían vacaciones de verano un mes. Eran incluidas en los planes de trabajo de los servicios hospitalarios los otros dos meses, como si fuesen personal de la plantilla en turnos de mañana, tarde o noche. En nuestra opinión, las alumnas sufrieron una explotación como mano de obra barata y a la que se le exigía además el pago de cantidades importantes por gastos de matrícula, derechos a prácticas, pensión alimentaria, habitación, uniformes, etc., desde el comienzo de la carrera. Recordemos las horas destinadas al aprendizaje clínico en los tres cursos, que ya hemos indicado en el apartado anterior.

La Orden conjunta del Ministerio de Educación Nacional y de la Secretaría General del Movimiento de 7 de julio de 1955 reguló las “Enseñanzas del Hogar”, “Formación Política” y “Educación Física” del siguiente modo:

*“las alumnas que ingresen en las escuelas estando en posesión del Certificado de Reválida de Enseñanzas del Hogar (correspondientes a los Planes de Estudios de 5º y 6º de Bachillerato) no tendrán que cursar las disciplinas de Formación Política y Educación Física, durante los dos primeros cursos. No obstante, debían realizar una reválida de Hogar que les daría derecho a la bonificación que se reconocía a los bachilleres para la prestación del Servicio Social. En el tercer curso, debían de realizar la formación. Asimismo, una vez finalizada la carrera, se consideraba cumplida la prestación del Servicio Social expidiéndose al efecto el oportuno certificado.”.*

Hasta donde hemos visto, podemos afirmar que la formación del A.T.S. fue diferente y claramente perjudicial para las estudiantes femeninas.

Sobre la prohibición de la coeducación, entre las múltiples interpretaciones que podríamos llevar a cabo vamos a destacar las más relevantes para nuestros fines. En primer lugar, la coeducación perpetúa las diferencias de sexo en los estudios, así como en las competencias profesionales, siendo este un caso muy claro de discriminación desde una perspectiva de género. En segundo lugar, cabe recordar la situación discriminatoria de las estudiantes femeninas con respecto a los alumnos masculinos en cuanto al régimen de internado y a los contenidos curriculares, diferentes en función del sexo: "Enseñanzas del Hogar" para las mujeres y "Autopsia Médico-Legal" para los varones.

Por otra parte, en cuanto a los requisitos previos al ingreso en las Escuelas de A.T.S., el nivel de exigencia era el mismo para hombres y para mujeres. Sin embargo, el nivel de exigencia una vez en la Escuela, como hemos señalado, era desigual. La pregunta que nos podemos formular en este momento es obvia: ¿qué influencia ha tenido esta diferente formación en la identidad de la enfermería en nuestro país? Analizaremos esta cuestión en los próximos capítulos.

Otra cuestión, que nos parece trascendente es que a través de la legislación se institucionaliza la dependencia y subordinación de estos profesionales a la Medicina una vez más. Recordemos que la Facultad de Medicina velaba y supervisaba la labor de las Escuelas y que, además, los profesores de teoría eran médicos. Las enfermeras estaban en las Escuelas como monitoras o instructoras de prácticas. La formación estaba orientada, planificada, impartida y evaluada por otro colectivo profesional: las monitoras (religiosas o laicas) supervisaban las prácticas en los servicios hospitalarios.

Pasaremos ahora a señalar cómo la expansión hospitalaria, por una parte, y la Ley de Hospitales, de 1962, por otra, hizo posible la transformación de las instituciones sanitarias, y cómo esto influyó en los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Recordemos que en esta época comienzan a crearse hospitales por todo el territorio nacional. Así, en cada capital de provincia se crea un hospital de la Seguridad Social. La demanda de personal titulado fue creciendo. Es por ello que comienzan a inaugurarse a lo largo de las décadas de los 60 y 70 escuelas de A.T.S. femeninas del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.). En la década de los 70 había alrededor de 40 escuelas dependientes de esta institución. Por tanto, el peso específico de

este organismo en la formación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios ha sido fundamental para el desarrollo profesional de este colectivo en España.

Como antes señalábamos, la importancia de la Seguridad Social ha sido notable en cuanto a la formación de personal auxiliar sanitario. Recordemos que las Escuelas podían clasificarse en Escuelas Oficiales, Escuelas de la Iglesia y de otras entidades. Así, en el año 1976, según el I.N.E. funcionaban ya 156 centros, cuya distribución mostramos en la tabla 7.9.

Tabla 7.9: Centros de Formación A.T.S.

ENTIDAD TITULAR	AÑO 1976 %
Seguridad Social	39
Administración Local	27
Administración Central	9
Iglesia	6
Privadas	7
Beneficencia	6
Cruz Roja	6
Total (Nº Absolutos)	100 (156)

Fuente: Elaboración Propia (I.N.E. 1981).

Durante el curso académico 1976/1977 había un total de 31.927 alumnos matriculados, de los cuales 6.552 eran varones y 25.375 mujeres. En ese mismo año finalizaron 9.618 A.T.S. de los cuales 1.535 eran varones y 8.083 mujeres. La tendencia es similar en los años anterior y posterior. A continuación mostramos a través de la iconografía la imagen que ofrecían las alumnas de diferentes escuelas en las décadas de los 50, 60 y 70. Las imágenes seleccionadas representan el ideario de las escuelas del país, la Escuela de *Salus Infirmorum* (ver figuras, 7.1., 7.2., 7.3. y 7.4. del Apéndice Iconográfico). En la figura 7.1. se muestra el uniforme de las alumnas para realizar el aprendizaje clínico. En la figura 7.2. observamos a un grupo de alumnas cuyo uniforme muestra un cinturón diferente en color. En la figura 7.3. vemos a las alumnas realizando actividades en una sala del hospital. En la figura 7.4. se nos muestra al grupo de alumnas con los complementos del uniforme que configuran su identidad.

Otra escuela modélica fue La Escuela de Cruz Roja, y durante la década de los 60 las estudiantes mostraban esta imagen (ver figuras 7.5., 7.6., 7.7. y 7.8. del Apéndice Iconográfico). En la figura 7.5. podemos observar una religiosa acompañando a unas estudiantes durante una visita al hospital. En la figura 7.6. se observa a un grupo de estudiantes en el día de su graduación. En la figura 7.7. un grupo de alumnos posando; apréciase la capa que complementa el vestido y que es un elemento que constituye el uniforme de la Cruz Roja. En la figura 7.8. observamos un grupo de alumnas conmemorando el día de la Enfermería. Ya en la década de los 70 en la pasaremos a ver la imagen de las estudiantes de cinco escuelas pertenecientes a distintos organismos. En primer lugar, la Escuela de Valdecilla y Las Escuelas del INP ofrecemos imágenes de tres de ellas concretamente Orense, Badajoz y Valencia y por último la Escuela de la Diputación de Murcia. El uniforme es un elemento fundamental en la imagen que proyecta la enfermera. En todos los casos se muestra la cofia diferente en cada escuela pero como hemos estudiado indispensable para recubrir el cabello (ver figuras 7.9. y 7.10.). El vestido con cuello blanco y de colores bien gris, a rayas, blanco o azul cubierto por un delantal blanco, las mangas recogidas por manguitos y la capa que confiere también identidad (ver figuras 7.11., 7.12. y 7.13). El uniforme de gala en algunas escuelas tenía la cofia, cuello y puños del vestido almidonados, acompañados en algunos casos por cinturón e insignia (ver figura 7.14.). En algunas escuelas tenían, además, un uniforme diferente para ir a clase y estar en el internado. De esta forma, las alumnas eran identificadas cuando estaban “fuera de servicio”; como ejemplo, podemos citar las Escuelas de Nuestra Señora del Cristal de Orense y Badajoz (ver figuras 7.15. y 7.16.). Este uniforme estaba compuesto por: falda azul marino, polo, chaqueta azul marina y zapato negro. Las alumnas con uniforme de prácticas eran identificadas según el curso que estudiaban por elementos distintivos. En algunas escuelas el uniforme de primer curso era de distinto color, por ejemplo en Valdecilla, concretamente gris. En segundo y tercer curso blanco. En otras escuelas el elemento que distinguía a las estudiantes era el color del ribete de la cofia o bien no tenía o si lo contenía era azul, verde y rojo según el curso. En otros casos la chapa de identificación con el ribete de colores sustituía la diferenciación de la cofia y que hemos mostrado en la iconografía presentada. Todos estos elementos nos recuerdan a la diferenciación que se da dentro de la jerarquía militar.



La proliferación de Escuelas fue la consecuencia de la necesidad de profesionales en los hospitales de la Seguridad Social que se estaban creando. Esto condujo a una mayor diversificación de los estudios y de la forma de materializar el Plan de Estudios del A.T.S. según las escuelas. Así, en los Centros de la Seguridad Social, y dependiendo del lugar geográfico, la situación real de las estudiantes era diferente. Tal fue así que en los años 80, y ya transformadas en Escuelas Universitarias de Enfermería, y creadas las Asesorías de Enfermería en el Instituto Nacional de la Salud, se realizaron en Madrid numerosos cursos para las profesoras de las Escuelas dependientes de dicho organismo. Estos cursos fueron coordinados por la Asesoría de Formación y celebrados en la E.U.E. La Paz y E.U.E. Puerta de Hierro (dependientes de este organismo) e impartidos por las profesoras de estas escuelas con la finalidad de evitar la gran dispersión existente.

A modo de ejemplo de lo que fueron las escuelas de A.T.S. femeninas señalaremos el ideario de la Escuela de *Salus Infirmorum*, una escuela de reconocido prestigio, junto con la Escuela de Valdecilla y Cruz Roja que hemos estudiado en el capítulo anterior. La hermandad de *Salus Infirmorum* tenía en 1955 seis escuelas de enfermeras por todo el territorio nacional: Madrid, Tánger, Cádiz, Valladolid, Salamanca y La Coruña.

En su revista *Firmes* (ver figura 7.17.) en el número 11 del mes de julio de 1955, podemos leer el artículo *Descanso; no es parálisis* firmado por la Hermana Mayor, en el cual y sobre el período vacacional de las alumnas se dice:

***...Apóstoles del propio ambiente, apóstoles de la enfermedad.***

*Con toda sencillez, me pregunto hoy: ¿Harán del descanso veraniego una parálisis total? O ¿en el descanso del cuerpo habrá un respeto y un silencio, pero de actividad para las almas de nuestras Sanitarias, Enfermeras, Matronas, Puericultoras?*

***¿Qué me decís?***

*Llenad el descanso de eficacia. De preparación para un curso mejor. De propósitos de enmienda. De estudio de Evangelio. Escuelas de Enfermeras que reclaman un personal docente y apostólico..."* (p. 1).

Posteriormente en el número 17 de la misma revista del mes de abril de 1957 se anuncia en este número *El gran certamen y las alumnas*. Se refiere al Certamen Mariano de la Asociación de *Salus Infirmorum* con motivo de la celebración en honor de su patrona la Santísima Virgen María, Nuestra Señora, que tendría lugar el día 26 de mayo. Era un certamen literario y las poesías debían ser remitidas durante el mes de abril. Podemos leer en la propaganda lo siguiente:

*“Hoy no hay distancias. Por encima de todo está el esfuerzo, el entusiasmo de formar parte de este gran ejército sanitario Mariano, cuya capitana es la Divina Enfermera. ¡Alerta!*

*¡FIRMES! ¡FIRMES! Ante esta empinada, luminosa trayectoria de nuestra obra.*

*Nuestra conquista son almas, almas de enfermos, de ancianos, de jóvenes, de niños que esperan en la guardería, en el quirófano, en la Residencia o en el suburbio” (p. 23).*

Veamos las bases del mismo y los demás aspectos de interés para nuestros fines. El certamen estaba integrado dentro de la VII Asamblea Nacional de *Salus Infirmorum* (ver figura 7.18. y 7.19.), que se iba a celebrar del 23 al 26 de mayo.

*“Es para todas las sanitarias y alumnas de todas las Escuelas de Enfermeras, especializaciones y diplomadas puericultoras.*

*Se celebrará el mismo día 26 de mayo, a las siete de la tarde. Asistirán las autoridades religiosas y civiles. El eminentísimo señor Nuncio de Su Santidad y eminentísimo señor Cardenal Primado han dado su bendición a la Asamblea, Concursos y Certamen.*

*Se constituirá un jurado presidido por los más prestigiosos y destacados literatos y poetas españoles.*

*Los poetas podrán cantar y ensalzar cada una de las siguientes advocaciones de Nuestra Señora la Santísima Virgen María , Divina Enfermera, que sirven de lema a las diferentes secciones que componen la Asociación de Salus Infirmorum*

- a) *Salus Infirmorum. Enfermeras.*
- b) *Mater Creatoris. Matronas.*
- c) *Regina Angelorum. Diplomadas de Niño. Rehabilitación. Reeducción.*
- d) *Causa Nostrae Laetitiae. Alumnas de las Escuelas de Enfermeras.*
- e) *Stella Matutina. Misiones.*

*Las poesías serán remitidas del 20 al 30 de abril próximo, para ser oportunamente juzgadas y clasificadas por el Jurado.*

**Primer Premio.-** *A la mejor poesía presentada en torno al tema Salus Infirmorum, de extensión y de métrica libres. Será premiado con la flor natural y 6.000 pesetas.*

**Segundo Premio.-** *Al mejor tríptico de sonetos que cante las siguientes advocaciones marianas: Mater Creatoris, Regina Angelorum, Causa Nostrae Laetitiae, Stella Matutina. Será premiado con una englantina y 3.000 pesetas".*

Como podemos apreciar el Certamen significaba un acto muy importante dentro de las actividades llevadas a cabo para las alumnas de esta institución. No sólo por la presencia de autoridades de todo orden, sino también por la relevancia de los premios tanto desde el punto de vista económico como simbólico.

El ideario de esta escuela católica refleja, una vez más, el carácter vocacional y caritativo de los cuidados enfermeros. Varias cuestiones han llamado nuestra atención al manejar estos dos ejemplares de la revista *Firmes*. En primer lugar, esta escuela se sigue denominando Escuela de enfermeras, cuando ya se había transformado, según la legislación vigente, en escuela de A.T.S. Sin embargo, parece que este nombre no identifica la ideología de la misma, lo cual parece apuntar a una cierta resistencia a la nueva figura sanitaria.

En segundo lugar, en ambos boletines aparecen noticias internacionales referidas a las Organizaciones Católicas Internacionales, Organización Mundial de la

Salud y diversos Congresos Internacionales; así, por ejemplo, en el número 11 de 1955 se dice:

*La Organización Mundial de la Salud ha elegido, para las discusiones técnicas de la IX Asamblea Mundial, que se celebrarán en mayo de 1956 el tema siguiente: Las enfermeras visitadoras de Higiene social: su formación y su actuación en los servicios (p. 22).*

En cualquier caso, mientras que en nuestro país la práctica asistencial se centra fundamentalmente en el ámbito hospitalario y las funciones de los A.T.S. todavía no han sido reguladas, como veremos en el apartado de instituciones en este capítulo, éstos va a llevar a cabo tareas similares a las que venían desarrollando hasta este momento los practicantes y las enfermeras. Por otra parte, hemos visto que las enfermeras españolas durante la Segunda República tuvieron la oportunidad de orientar su formación y su práctica profesional hacia los cuidados comunitarios. Desgraciadamente la Guerra Civil truncó la consolidación de este tipo de formación y en el plan de estudios de enfermeras de 1953 también se incluyeron, como hemos señalado al comienzo de este capítulo, las visitas domiciliarias en las prácticas clínicas de tercer curso. En la etapa de A.T.S., las prácticas clínicas se llevan a cabo, según la normativa, exclusivamente en el hospital y no será hasta la etapa de la enfermería universitaria cuando la atención comunitaria vuelva a cobrar, tanto en la formación como en la asistencia, la importancia que merece.

Como podemos apreciar, la palabra enfermera, a estas alturas, es reconocida mundialmente, tal y como señala el lema de la Organización Mundial de la Salud. Además, recordemos que los centros públicos, concretamente las facultades de Medicina, no impartían las enseñanzas conducentes al título de enfermera, aunque sí incluían la docencia para practicantes. Es lógico, por tanto, que las enfermeras de las escuelas modélicas, como es el caso de *Salus Infirmorum*, abanderasen la resistencia a denominarse con un nombre que carecía de significado. Este movimiento identitario tendría uno de sus puntos culminantes con la celebración en el Palacio de Congresos de Madrid, en 1972, del V Congreso Internacional de Enfermeras Católicas, en el que se dan cita más de 2000 enfermeras de distintos países europeos. Al margen de su interés disciplinar, resulta muy interesante constatar cómo el congreso formaliza algunos de los roles enfermeros de la época.

Este congreso es recogido por la prensa escrita. (ver Apéndice figuras 7.20., 7.21. y 7.22.). Está presidido por la princesa Sofía y están representadas a través de los uniformes toda clase de instituciones y tipos de enfermeras.

A continuación analizaremos la formación especializada de los A.T.S., que, como no podía ser de otra manera, fue establecida siguiendo el esquema de las especialidades médicas.

#### **2.4. Especialidades de A.T.S.**

Comenzaremos este apartado señalando que la especialización de los Ayudantes Técnicos Sanitarios va a ser regulada prohibiendo también la coeducación e impidiendo, además, a los A.T.S. masculinos realizar la especialidad de matrona. Esta cuestión resulta paradójica, teniendo en cuenta que, como hemos estudiado, a los practicantes se les permitió realizar partos, desde principios de siglo, en localidades menores de cien mil personas y el intenso conflicto con las autoridades que esto provocó. No resulta fácil encontrar una explicación racional para esta prohibición. Lógicamente, y si tenemos en cuenta el desarrollo de los planes de formación en las etapas precedentes y en la que estamos detallando ahora, parece claro que el enfoque biomédico tuvo un peso específico insoslayable. En la tabla 7.10. queda recogida la legislación y la denominación de las especialidades para los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Tabla 7.10: Especialidades del Ayudante Técnico Sanitario.

AÑO	NORMA LEGAL	ESPECIALIDAD	DURACIÓN DE LA FORMACIÓN
1957	Decreto de 18 de enero Mº de Educación Nacional	Establece la especialización de Asistencia Obstétrica (Matrona)	1 año íntegro.
1957	Decreto de 26 de julio Mº de Educación Nacional	Establece la especialización en "Fisioterapia"	2 cursos
1961	Decreto 1153/61 de 22 de junio Mº de Educación Nacional	Establece la especialización de "Radiología y Electrología"	1 curso
1962	Decreto 727/1962 de 29 de marzo Mº de Educación Nacional	Establece la especialización de "Podología"	2 cursos
1964	Decreto 3524/64 de 22 de octubre Mº de Educación Nacional	Establece la especialización de "Pediatria y Puericultura"	2 cursos
1970	Decreto 3192/70 de 22 de octubre Mº de Educación y Ciencia	Crea especialidad de "Neurología"	2 semestres
1970	Decreto 3193/70 de 22 de octubre Mº de Educación y Ciencia	Crea la especialidad de "Psiquiatría"	2 cursos
1971	Decreto 203/71 de 28 de enero Mº de Educación y Ciencia	Crea la especialidad de "Análisis Clínicos"	2 cursos académicos
1975	Decreto 2233/1975 de 24 de julio Mº de Educación y Ciencia	Crea la especialidad de "Urología y Nefrología"	1 curso académico

Fuente: Elaboración propia.

- (1) Decreto de 18 de enero, Mº de Educación Nacional.
- (2) Decreto de 26 de julio, Mº de Educación Nacional.
- (3) Decreto 1153/61 de 22 de junio, Mº de Educación Nacional.
- (4) Decreto 727/1962 de 29 de marzo, Mº de Educación Nacional.
- (5) Decreto 3524/64 de 22 de octubre, Mº de Educación Nacional.
- (6) Decreto 3192/70 de 22 de octubre, Mº de Educación y Ciencia.
- (7) Decreto 3193/70 de 22 de octubre, Mº de Educación y Ciencia.
- (8) Decreto 203/71 de 28 de enero, Mº de Educación y Ciencia.
- (9) Decreto 2233/1975 de 24 de julio, Mº de Educación y Ciencia

Veamos ahora los rasgos más singulares de la formación de los especialistas.

La especialidad de **Asistencia Obstétrica (Matrona)** se establece para Ayudantes Técnicos Sanitarios **femeninos**. Sólo podían acceder a ella las A.T.S.

**menores de 45 años.** Las enseñanzas solamente podían seguirse en régimen de **internado**. Como venía siendo habitual, las pruebas finales se realizaban ante un tribunal médico. Las enseñanzas conducentes al título de Matrona tenían una duración de 8 meses teórico-prácticos y 4 meses totalmente prácticos, especificándose que el curso comenzaba el 1 de octubre y finalizaba el 30 de septiembre siguiente, con una duración de un año natural. En cuanto al programa teórico, sabemos que constaba de un total de 40 lecciones que versaban sobre obstetricia y ginecología. A partir de la lección 35 el programa abordaba otros temas. Así, las lecciones 35, 36 y 37 estaban destinadas a estudiar la asistencia al recién nacido normal y patológico. La lección 38 contenía la preparación psicológica de la embarazada y anestesia y analgesia en el parto. La lección 39 sobre el aborto y la 40 sobre obstetricia legal, correspondiéndose estos temas con el programa formativo, según venía recogido en la Orden de 23 de febrero de 1957.

Esta especialidad, que fue la primera en articularse, continúa con la tradición de atribuir a la estudiante femenina unas condiciones de internamiento, como el régimen más idóneo para formarse. No se entiende cómo, si en épocas pasadas los practicantes podían realizar partos, en esta etapa se excluye a los varones de la posibilidad de especializarse en el arte de la partería. En cuanto a la edad (45 años como límite) no encontramos ninguna explicación racional, si tenemos en cuenta que en las dos especialidades que a continuación, y por orden cronológico, se configuraron para los A.T.S. los límites se situarán en 36 años para Fisioterapia y 32 años para Radiología y Electrología.

La segunda especialidad, **Fisioterapia**, podían cursarla los A.T.S. tanto masculinos como femeninos, siempre y cuando tuviesen **menos de 36 años** cumplidos y **no padeciesen defecto físico** que dificultase la práctica de la profesión. Los dos cursos debían tener 8 meses de duración y estar divididos en dos cuatrimestres cada uno. Los dos primeros meses del primer curso se consideraban de prueba para seleccionar a los alumnos, tanto desde el punto de vista físico, como intelectual y moral. Al finalizar este periodo los alumnos eran sometidos a pruebas físicas y otras necesarias, con el fin de valorar su aptitud para la profesión. Al término de cada curso se realizaba un examen teórico-práctico también ante un tribunal. El Plan de Estudios explicitaba por cuatrimestre y curso las asignaturas, de

tal forma que en el primer curso se estudiaba: “Anatomía”, “Fisiología” y “Análisis del movimiento” durante el primer cuatrimestre. Y en el segundo: “Masaje y anatomía de la piel”, “Electroterapia” e “Hidroterapia”. Por otra parte, las Prácticas que se llevaban a cabo en el primer cuatrimestre eran las de Gimnasia y Prácticas de movimiento y en el segundo Gimnasia y Práctica hospitalaria.

En el segundo curso y durante el primer cuatrimestre la parte teórica versaba sobre la “Rehabilitación en las afecciones quirúrgicas”, mientras que en el segundo se estudiaba la “Rehabilitación en las afecciones médicas”. En cuanto a las Prácticas las del primer cuatrimestre se correspondían con Reeducción postraumática y gimnasia correctiva y en el segundo cuatrimestre se hacían las de Reeducción reumática y neurológica.

Podemos observar algunas diferencias de esta especialidad con la de Matrona. En primer lugar, el tiempo, doce meses en la de Matrona y dieciséis meses en Fisioterapia. En segundo lugar, en este caso era llevada a cabo una selección de los estudiantes a los dos meses de iniciado el curso, y la evaluación de la aptitud se realizaba en tres vertientes: capacidad física, intelectual y moral. En cuanto a la edad no sabemos a qué obedece el límite establecido en 36 años.

A la especialidad de **Radiología y Electrología** también podían optar los A.T.S. de ambos sexos siempre y cuando tuviesen **menos de 32 años** cumplidos y **no padeciesen defecto físico** que dificultase la práctica de la profesión. La duración era de un curso de 8 meses. Las enseñanzas tenían carácter teórico-práctico. Las demás consideraciones eran las mismas que en la especialidad de Fisioterapia.

La especialidad de **Podología** tenía una duración de dos cursos de 8 meses teóricos y prácticos cada uno. Estudiaban “Anatomía y Fisiología de extremidades inferiores”, “Biomecánica del pie”, “Afecciones y deformidades de los pies, así como la forma de la exploración del pie”, “Cirugía podológica, así como las prótesis, vendajes, estudio del calzado”, etc. No se explicitaba, en este caso, un límite de edad para los aspirantes, pero sí el no padecimiento de defecto físico que dificultase el ejercicio de la profesión. Las competencias profesionales abarcaban el tratamiento y las afecciones y deformidades de los pies, tradicionalmente ejercido por los



cirujanos-callistas y su actuación terapéutica contemplaba todas las manipulaciones que pertenecen a la cirugía menor.

En el año 1963 el Decreto 3164/63 del Ministerio de Educación Nacional deroga los requisitos de edad de los decretos anteriores y la aptitud física para el ejercicio de la especialidad se justificará a través del reconocimiento médico que se realizará en la Facultad de Medicina al que esté adscrita la escuela donde vayan a cursar los estudios.

Cuando se establece la especialidad de **Pediatría y Puericultura** ya no existe el requisito de la edad, que había sido derogado el año anterior. Sin embargo, persisten como condiciones el régimen de **internado** y su carácter esencialmente práctico. El resto de requisitos son parecidos a los de las anteriores especialidades. Los futuros especialistas estudiaban durante el primer curso en 38 temas "Demografía", Morbilidad y mortalidad Infantil, las características generales de las etapas de la vida del niño normal, todos los aspectos preventivos del recién nacido lactante, Lactancia materna, Vacunaciones, Higiene física y la patología del recién nacido. Y en el segundo año estudiaban 36 temas con todos los aspectos médico-quirúrgicos, incluida la asignatura de Urgencias en Pediatría.

Al igual que en la especialidad de Matrona, se especifica la duración y fechas de comienzo y finalización de los estudios. En este caso los dos cursos debían comenzar el 2 de octubre y terminar el 30 de septiembre. Además, en esta especialidad se añade un periodo vacacional, concretamente se menciona que los alumnos disfrutarán de 30 días de vacación anual y el régimen de internado para poder cursar esta especialidad, que no tiene una explicación racional. Quizás, y como hipótesis, pensamos que fueron en ambos casos (Matrona y Especialistas en Pediatría y Puericultura) formas de planificar la enseñanza que permitían una máxima disponibilidad de los alumnos para paliar la escasez de profesionales especialistas. Por lo cual, sometidos a una planificación de mañana, tarde y noche, y en régimen de internado, se podía solventar cualquier incidencia. Recordemos que esta época es la de expansión hospitalaria de la Seguridad Social. Los grandes hospitales españoles se construyen en este momento histórico. Tal es el caso de la Ciudad Sanitaria de La Paz, en Madrid o de La Fe, en Valencia.

En cuanto a las enseñanzas de la especialidad de **Neurología**, tenían los mismos requisitos citados anteriormente. Los dos cursos estaban estructurados en dos semestres y las enseñanzas tenían carácter teórico-práctico. En el programa se estudiaban “Conocimientos básicos de la especialidad”, “Técnicas de diagnóstico y tratamiento”, “Patología general” y “Patología especial”. Las Prácticas que realizaban se correspondían a Prácticas generales, de reanimación neurológica, rehabilitación funcional neurológica, electroencefalografía, electromiografía, neuroradiología, laboratorio, neurooftalmología, neurootología y de asistencia a subnormales.

La especialidad de **Psiquiatría**, a diferencia de las anteriores, está estructurada de una forma más teórica, si tenemos en cuenta que se proponen 96 horas de teoría psiquiátrica, 32 horas de teoría médica y 288 horas de prácticas. Al finalizar cada curso los alumnos debían realizar un examen teórico y otro práctico. La duración era de dos cursos de 8 meses como mínimo cada uno. Las materias eran: “Psicología”, “Psicopatología general”, “Psicopatología especial”, “Asistencia especial: tratamientos”, “Técnica de respiración artificial con casos de primera urgencia” y “Organización de la asistencia”.

La especialidad de **Análisis Clínicos**, dado que ya estábamos en la década de los 70, no refiere requisitos previos y los exámenes teórico-prácticos se efectuaban en junio y en septiembre. La duración era de dos cursos académicos y se enseñaba “Bioquímica”, “Hematología”, “Bacteriología”, etc.

En relación con la especialidad de Urología y Nefrología, y pese a las indagaciones que hemos llevado a cabo, no hemos encontrado en el *Boletín Oficial del Estado* el programa de formación de especialistas.

Todas las especialidades se cursaban en Escuelas de especialidades que se constituyeron para tal fin. Así, se fueron inaugurando sucesivamente escuelas de Matronas, de Fisioterapia, etc. Al igual que sucedía en las escuelas de formación básica, las clases teóricas eran impartidas por los médicos especialistas en las diversas materias. Si bien el requisito para cursar las enseñanzas de cualquiera de las especialidades era estar en posesión del título de Ayudante Técnico Sanitario, la ley contemplaba algunas excepciones. A través de disposiciones transitorias que acompañaban a cada uno de los Decretos, se indicaba que también podían aspirar a

obtener el diploma que se instituyese con ese Decreto los que estando en posesión del título de practicante o de matrona aprobasen un examen de ingreso que en cada caso, según especialidad, versaba sobre cuestiones diferentes.

La formación práctica era supervisada por los ATS especialistas y los médicos de los servicios. La evaluación final consistía en una especie de reválida de conocimientos ante tribunales de profesores de la Facultad de Medicina. Por tanto, podemos afirmar que todo el proceso de formación de especialistas en España dependía de la Facultad de Medicina.

Por lo demás, de las especialidades citadas en la tabla 7.8., sólo Fisioterapia y Podología se convertirán en estudios universitarios de primer ciclo posteriormente.

### **3. La regulación del ejercicio profesional.**

Las enfermeras no estaban de acuerdo con la nueva denominación de A.T.S., tal y como lo reflejan en la Primera Asamblea Nacional de Enfermeras, celebrada en Madrid en 1959:

*“las Enfermeras solicitamos de las autoridades que se que se reforme la Carrera de Enfermera porque los estudios básicos oficiales no estaban a la altura que el progreso de la ciencia y el ejercicio de su profesión exigía de ellas y, realmente, eso fue lo que se nos concedió cuando en el año 1952 se publicaron los Reglamentos para las Escuelas de Enfermeras exigiendo en todas ellas tres años de estudios [...] pero después y por conveniencia de otros auxiliares sanitarios se nos ha impuesto, para las futuras enfermeras, un nombre sin significado [...] el nombre de Enfermera tiene el prestigio que para él han conseguido tantas abnegadas y heroicas Enfermeras de España y del mundo entero”* (Bernabéu y Gascón, 1999, p. 115).

En la misma asamblea fue aprobada la solicitud de la continuidad del nombre y la remisión de la petición al Ministerio de Educación Nacional. Tal petición no obtuvo el éxito esperado por el colectivo de enfermeras.

Recordemos que las enfermeras habían conseguido oficialmente en 1952 una actualización y modernización de sus estudios acorde con el acelerado proceso de tecnificación y burocratización de la medicina que se venía produciendo a nivel internacional, sobre todo a partir de la II Guerra Mundial, y de acuerdo a los programas que ya venían impartándose en las tres escuelas modélicas del país. Parece ser que los practicantes no quisieron quedarse atrás en esta incorporación al nuevo tipo de medicina que iba a dominar el futuro y se interesaron por la unificación de la carrera. Pero su incorporación a la marcha emprendida por las enfermeras fue disfuncional para éstas porque les obligó a cambiar su título tradicional y universal por el de A.T.S., un nombre sin ningún significado simbólico, pero que tuvieron que aceptar bajo las presiones de los practicantes, que no admitían llamarse enfermeros. Esta denominación era empleada mundialmente para este tipo de sanitarios, pero en España tenía connotaciones peyorativas por ser la denominación tradicional de los trabajadores subalternos de los hospitales.

Por otra parte, los practicantes tampoco estaban muy convencidos con la nueva denominación de A.T.S., tal y como podemos leer en *el Boletín de Información Profesional de los Auxiliares Sanitarios de Córdoba*, en el número 8 de Agosto de 1955, en un artículo titulado “El nuevo plan de estudios”:

*“No sabemos como se encauzará el útil y ajustado engranaje del auxiliar único con las demás ramas auxiliares que hay en la actualidad. Suponemos que el Practicante hará su ingreso con solo el cambio de denominación para algo es la base fundamental y piedra cimentadora de esta nueva carrera. Ignoramos en que forma adaptarán a las Matronas. Y estamos recelosos en como acondicionarán a las Enfermeras para la adquisición del nuevo título que tan nuestro es.*

*Y a fuer de ser sinceros hemos de confesar que la nueva denominación no nos gusta. Ayudante Técnico Sanitario. Muy largo y no ajustado a nuestra misión. La Sanidad y la Medicina son cosas distintas aunque se compenetren. Serviremos a la Sanidad en todos aquellos casos a que seamos requeridos. Pero estos son esporádicos y no constantes. Nuestra misión diaria está al lado del Médico, siempre en contacto con el enfermo Ayudante o Auxiliar Médico hubiera sido mejor y más justo” (p. 2).*

Nuevamente observamos que los practicantes se atribuyen el protagonismo como carrera auxiliar sanitaria. Esta vez se apropian los derechos del nuevo título, si bien el matiz estriba en que para ellos los servicios sanitarios son de segundo orden, lo importante es ser auxiliar o ayudante médico y estar con el médico (ver figuras 7.23., 7.24.).

Según parece, los practicantes llevaban tiempo pidiendo el cambio de nombre y una reestructuración en su carrera. Así, en esta misma revista, en el número 4 de mayo de 1958, en el artículo “El Ayudante Técnico Sanitario”, podemos leer:

*“Con la Orden del Ministerio de Educación Nacional aparecida en el B.O.E. del Estado nº 110, de fecha 8 de Mayo, de 1958, termina de manera absoluta la preocupación que tenían los Practicantes españoles (...) La disposición a que hacemos referencia fija terminantemente la similitud de los dos títulos: Practicante y Ayudante Técnico Sanitario. O sea que se ha llegado*

*a la conclusión de lo que tanto tiempo hemos deseado, como es la innovación de nuestros estudios y la modificación del nombre” (p. 1).*

No obstante el nuevo nombre no convence, y en el Congreso Internacional de Profesiones Auxiliares de la Medicina, celebrado en Barcelona en 1963, la primera ponencia lleva por título “Unificación Mundial del Nombre de los Titulados Auxiliares de la Medicina y Cirugía. Aportación del Colegio de Córdoba”. Esta ponencia fue publicada en la revista *El auxiliar médico*, en el número 48, de 1963. En ella podemos leer la siguiente propuesta sobre la denominación más conveniente que a nivel internacional designe a los auxiliares sanitarios:

*“Propugnamos el nombre internacional de AYUDANTE TÉCNICO DE MEDICINA, compendio definitivo de nuestra función, verdad indiscutible de nuestra práctica, respuesta acertada a nuestro quehacer diario y encajamiento apropiado a nuestra misión en todos los idiomas” (p. 7).*

Como podemos observar en este párrafo, este grupo profesional deja patente, una vez más, su identidad. Quieren seguir ostentando un nombre cuyo significado es inequívoco. El término “ayudante” muestra subraya el orgullo por el ejercicio de su función auxiliar y su vocación de ejecutar la vertiente técnica de la medicina. Este grupo profesional, podemos afirmar, nunca se llegó a identificar con la prestación de los servicios sanitarios, ni asumió ninguna función más allá del auxilio técnico a la medicina. Por consiguiente, no es posible otorgarles una identidad enfermera, en el sentido de la pertenencia al grupo profesional de la enfermería; su objetivo no era otorgar cuidados enfermeros a las personas enfermas, sino que su praxis se orientaba a ejecutar procedimientos médicos.

En definitiva, el grupo profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, que estamos estudiando, se debatió entre un pasado vocacional caritativo y un enfoque eminentemente técnico-médico.

### **3.1. Instituciones sanitarias.**

Las competencias profesionales de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, que se establecieron en el Decreto 2319/60 de 17 de noviembre, se sintetizan en la tabla 7.11.

Tabla 7.11: Competencias que se determinaron para el ejercicio profesional.

<b>AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS Y AUXILIARES SANITARIOS CON TÍTULO DE PRACTICANTE, MATRONA O ENFERMERA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.</li> <li>- Auxiliar al personal médico en intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.</li> <li>- Practicar curas a operados</li> <li>- Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habían de llamar perentoriamente.</li> <li>- Asistir a partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.</li> <li>- Desempeñar los cargos/puestos para lo que se exigen los títulos de practicante o enfermera, salvo los que correspondan a los ayudantes masculinos a los femeninos.</li> <li>- Los practicantes tendrán igual función que los ATS.</li> <li>- Las matronas están autorizadas para asistir a partos y puerperios normales no distócicos. Aplicar tratamientos ordenados por el médico.</li> <li>- Las enfermeras tendrán igual función que los ATS, con exclusión de la asistencia a partos, se les prohíbe establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio libre.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia (Decreto 2319/60 de 17 de noviembre).

Como novedad, en este Decreto aparecen reguladas las actividades que podrá llevar a cabo una nueva figura que proporcionará cuidados: la Auxiliar de clínica (aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos, excluida la vía parenteral), actualmente conocidas como Auxiliares de Enfermería. En un primer momento, se faculta a todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas para realizar contrataciones y habilitar a estas personas para el trabajo. Así se recoge en el artículo 6º del Decreto que estamos analizando, veamos como se argumentó su inclusión como figura sanitaria: “... utilizar a personal femenino no titulado que, actuando exclusivamente dentro del régimen interno de las mismas, cumplan funciones de asistencia de carácter familiar”. Además, en el artículo 6º también se explicita que “actuará en período de prueba dentro de la institución que lo utilice por un tiempo de seis meses, pasado el cual aquella o el organismo de que dependa expedirá a la persona interesada <<calificación de aptitud>>, que tendrá validez exclusivamente para el organismo o institución que lo expidió”.

Nuevamente podemos apreciar la influencia de los prejuicios de género a la hora de realizar cuidados. Sólo podían ser contratadas mujeres y además se

manifiesta que las funciones que deben desempeñar son de carácter familiar. La mujer en la familia es la cuidadora y en el hospital también. Recordemos que en la Escuela de Santa Isabel de Hungría, y lo dejó patente el Dr. Rubio, se trataba de hacer “una familia de enfermos”. Por otra parte, se habla de funciones domésticas; es sorprendente que, sin ningún tipo de tapujos, se descubra cuál es el juego del legislador. Las A.T.S. mujeres también cuidan de forma doméstica, pero pueden realizar las técnicas médicas delegadas. De esta forma, todos los grupos estarán contentos, los médicos ordenan qué se debe hacer con los enfermos, es decir, cuál es el tratamiento farmacológico que se debe ejecutar, planificado en las órdenes de tratamiento, y qué analítica o pruebas radiológicas son necesarias. Las A.T.S. ejecutan diligentemente la administración de fármacos (aplican por vía parenteral, es decir, vía intramuscular, intradérmica, subcutánea o de forma intravenosa el tratamiento, ya sea una inyección o perfusiones continuas). Así mismo, extraen sangre para los análisis sanguíneos y cursan las peticiones a los servicios de apoyo, tales como laboratorios, radiodiagnóstico, etc. Por tanto, vemos que es necesario que la alimentación y otras necesidades de los enfermos sean satisfechas y, claro está, si la A.T.S. lleva a cabo la labor delegada por el médico, estas cuestiones domésticas se le encomiendan a mujeres, que por esta misma razón natural, realizarán las funciones domésticas consustanciales a su identidad femenina en el hospital. En nuestra opinión, es en este momento cuando en España se aleja, de manera normativa y definitiva, a la enfermería de aquello que le da sentido y significado, produciéndose una ruptura en su singularidad, en aquello que es, desde el comienzo de los tiempos, la naturaleza del cuidado y de la enfermería. A su vez, la A.T.S. tiene una subordinada la Auxiliar y reproduciendo en muchos casos el trato que recibe, lo replica en el último eslabón de la cadena auxiliar de la medicina.

Posteriormente, este grupo de mujeres auxiliares, sin formación estudiarán a partir de 1975 en centros educativos diferentes a las enfermeras profesionales y, como estudiaremos en el próximo capítulo, un nuevo conflicto se desarrollará en la enfermería española. De momento sigamos analizando las competencias profesionales que hemos mostrado en la tabla 7.11.

Como podemos apreciar, y en lo que respecta a las competencias profesionales, parece que existiesen tres profesiones diferentes, manteniéndose



todas las denominaciones anteriores, y además, se determina que la actuación se realizará bajo la dirección o indicación de un médico. En todo el texto no se menciona el término cuidados de enfermería.

Recordemos que a través del Decreto de 17 de noviembre de 1960, sobre competencias profesionales, se especifica que los practicantes tendrán las mismas funciones que los A.T.S. a todos los efectos profesionales. Las matronas estaban igualmente autorizadas para asistir los partos y puerperios normales, así como para la vigilancia del embarazo. En cuanto a las enfermeras, tienen las mismas funciones que los A.T.S., excepto la asistencia a partos, prohibiéndoseles expresamente establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio libre de la profesión.

Por todo lo expuesto, en nuestra opinión, este Decreto mantiene las profesiones anteriores y añade una cuarta, la de ATS. Por lo tanto, el impulso de unificación de las tres profesiones auxiliares sanitarias, lo fue sólo en un sentido formal, y en el ejercicio profesional siguieron coexistiendo todos los profesionales a los que nos venimos refiriendo. Así, los practicantes desempeñaban su labor fundamentalmente en el ámbito rural y en el hospital realizando algunas técnicas concretas, como, por ejemplo, colocar y retirar yesos. Las matronas, además de trabajar en hospitales maternos, lo hacían también en el ámbito rural. Debemos recordar que fueron las únicas que estuvieron siempre a la cabecera del enfermo, tal y como se explicitaba en sus funciones desde el momento de su institucionalización. Por tanto, su desempeño, tradicionalmente, lo fue en el ámbito hospitalario. La nueva figura del Ayudante Técnico Sanitario fue invadiendo poco a poco los espacios territoriales de las anteriores profesiones. Si bien su destino habitual serían los hospitales, también se fueron incorporando a los consultorios y ambulatorios que fueron creándose.

En cuanto al ejercicio profesional en las instituciones hospitalarias, lo habitual era un funcionamiento con una estructura jerárquica. Así, en los hospitales de la Seguridad Social existía la figura de Jefe de Enfermeras, que curiosamente no se ha denominado Jefe de A.T.S. en ningún momento. Además, dentro de las dependencias del propio hospital había un lugar en todas las plantas de hospitalización que se llamaba Control de Enfermería y otro que era el Estar de Enfermería y, además, se hablaba de Personal de Enfermería. Por supuesto, los

ATS dependían también del Jefe de Servicio donde prestasen atención. Si bien en todas las unidades hospitalarias existía una figura conocida como Jefe de Planta o Supervisora. A su vez, éstas dependían, jerárquicamente, de una Subjefa de Área y ésta de la Jefa de Enfermeras, quien a su vez dependía del Director Médico del Hospital. En toda la etapa de A.T.S., y hasta bien entrados los años 80, esta fue la estructura de la organización hospitalaria del mayor contratador de personal sanitario del país, la Seguridad Social.

En la década de los 70 el Reglamento General para Régimen, Gobierno y Servicio en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, de 1972, y el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, de 1973, fueron importantes en el desarrollo de un espacio identitario para la enfermería, puesto que la Seguridad Social concentraba en sus instituciones el 50% del personal de enfermería colegiado. Debemos recordar que el Instituto Nacional de Previsión (INP) fue creado en 1908 y desapareció en 1978 para integrarse en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social bajo el nombre de Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). El citado Estatuto fue una forma de clasificar, vincular y seleccionar al personal perteneciente a dicho organismo. Detalla las diferentes tareas a realizar por las enfermeras A.T.S., practicantes, A.T.S. y matronas.

El personal Auxiliar Sanitario comprende: Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas, Enfermeras, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales. En virtud de la modalidad de los servicios que presta, el personal se divide en Personal Auxiliar Sanitario de Zona, de Servicios de Urgencia y de Instituciones Sanitarias y Equipos Tocológicos.

Por otra parte, regula la ocupación de puestos de responsabilidad, que ya hemos mencionado, y que son los siguientes: Jefatura, Subjefatura y Adjuntía, y Supervisión. Como requisitos los candidatos deben de estar en situación de activo y desempeñar la plaza en propiedad. Además, deben llevar dos años, como mínimo, en servicio activo en la propia institución, dejando claro que la designación para los citados puestos no da derecho a una permanencia indefinida.

Dentro de las obligaciones generales en relación con las actividades profesionales se destaca:

- La higiene personal y el cuidado físico del paciente.
- Las pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas que ayuden al médico o que efectúan bajo su dirección.
- Mantener en buenas condiciones el medio inmediato del paciente.
- Proporcionar tranquilidad mental y paz espiritual al paciente.
- Obligación inexcusable de guardar el secreto profesional de modo absoluto y a todos los niveles.
- Vestir los uniformes y ostentar los distintivos que reglamentariamente le corresponda.

Las funciones a desarrollar por las enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios dentro de las instituciones sanitarias abiertas y cerradas se exponen en la tabla 7.12.

Tabla 7.12: Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social.

<b>FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS</b>	
<b>INSTITUCIONES ABIERTAS</b>	Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones del mismo en relación con el servicio.
	Tener a su cargo el control de los archivos de las historias clínicas, ficheros para el buen orden del servicio o consulta.
	Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y aparataje clínico, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.
	Atender al paciente y realizar todos los cometidos para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar.
	Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
	Cumplimentar aquellas otras funciones que se señalan en los Reglamentos y las instrucciones propias de cada centro.

Fuente: Elaboración propia (Orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo).

TABLA 7.12. (continuación): Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social.

<b>FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	
<b>INSTITUCIONES CERRADAS</b>	Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquel.
	Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.
	Auxiliar al personal médico en las intervenciones quirúrgicas, practicar las curas de los operados y prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del Médico.
	Observar y recoger los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes.
	Procurar que se proporcione a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.
	Tomar las medidas para un buen cuidado de los pacientes y contribuir en todo lo posible a la ayuda requerida por los facultativos y cooperar con ellos en beneficio de la mejor asistencia del enfermo.
	Cuidar de la preparación de la habitación y cama para la recepción del paciente y su acomodación; vigilar la distribución de los regímenes alimenticios; atender a la higiene de los enfermos graves y hacer las camas de los mismos con la ayuda de las Auxiliares de Clínica.
	Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos.
	Realizar una atenta observación de cada paciente, recogiendo por escrito todas aquellas alteraciones que el Médico deba conocer para la mejor asistencia del enfermo.
	Anotar cuidadosamente todo lo relacionado con la dieta y alimentación de los enfermos.
	Realizar sondajes, disponer los equipos de todo tipo para intubaciones, punciones, drenajes continuos y vendajes, etc., así como preparar lo necesario para una asistencia urgente.
	Custodiar las historias clínicas y demás antecedentes necesarios para una correcta asistencia, cuidando en todo momento de la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.
	Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, de cuantos aparatos clínicos se utilicen en la institución, manteniéndolos ordenados y en condiciones de perfecta utilización, así como efectuar la preparación adecuada del carro de curas e instrumental, y del cuarto de trabajo.
	Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
	Mantener informados a sus superiores inmediatos de las necesidades de las Unidades de Enfermería o cualquier otro problema que haga referencia a las mismas.
	Orientar las actividades del personal de limpieza, en cuanto se refiere a su actuación en el área de Enfermería.
Llevar los libros de órdenes y Registro de Enfermería anotando en ellos correctamente todas las indicaciones.	

Fuente: Elaboración propia (Orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo).

Se denominan Instituciones Abiertas a aquellos centros asistenciales donde los pacientes son atendidos sin necesidad de un ingreso hospitalario como

ambulatorios, consultorios y ambulatorios de especialidades. Son, por otro lado, Instituciones Cerradas las residencias y ciudades sanitarias donde se atiende a los enfermos ingresados. Como podemos observar, en cuanto a las funciones que deben desempeñar, bien sea en instituciones abiertas o cerradas, e independientemente de su número, todas se realizan bajo "criterio facultativo" en su praxis, tal y como podemos ver en las tablas anteriores. En las instituciones cerradas siete de las funciones que deben ejercer, y que hemos descrito más arriba, se hacen en relación con el trabajo del médico y dos de ellas se relacionan con la actividad "autónoma" en la atención directa a los pacientes. Otras dos se relacionan con la actividad burocrática y una se relaciona con el manejo de los elementos tecnológicos. Otras dos tienen que ver con el cumplimiento de los protocolos institucionales. Por último, una de ellas es la orientación al personal de limpieza. Un análisis más detenido del modo en que se expresan estas funciones nos hace tomar conciencia del hecho sorprendente de que el verbo "cuidar" solamente se utiliza una vez, y sólo para referirse a la habitación y la cama y no a los enfermos.

Queda claro, pues, que las funciones que debía desempeñar este colectivo profesional a partir de su entrada en vigor el 1 de mayo de 1973, lo eran en relación con la actividad del médico, en cualquier caso, para que éste pudiera atender las necesidades del enfermo. Recordemos que éste era una Estatuto para las instituciones de la Seguridad Social y que a nivel del Estado sigue vigente el Decreto 2319/60 de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, que ya hemos analizado. Por tanto, una vez más, se reitera a través de la legislación el carácter secundario y subordinado de esta profesión (ver figuras 7.25., 7.26.).

Por otra parte, las tradicionales cualidades femeninas de abnegación, entrega y sumisión, que se suponían en la base de la condición femenina, determinaron que en los Reglamentos de las instituciones cerradas de la Seguridad Social se reservaran las plazas, casi en su totalidad para las mujeres enfermeras o A.T.S. femeninas. Mientras que los practicantes, que de forma tradicional, y siguiendo el modelo médico liberal, habían ejercido en un contexto extrahospitalario, paulatinamente se van a ir encontrando con un hecho que no esperaban: las mujeres van a comenzar también su andadura profesional fuera del hospital.

### **3.2. Colegios profesionales.**

Por otra parte, la consolidación de los estudios de A.T.S. durante las décadas de los 60 y 70 es un hecho incuestionable. Recordemos que, en 1944, las enfermeras, por disposición del Ministerio de la Gobernación, habían sido integradas en los Colegios Oficiales de practicantes y Matronas, existentes con anterioridad a la Guerra Civil. Pero esta integración supuso en la práctica una subordinación a los practicantes, ya que tanto en los Colegios Provinciales como de en el Consejo Nacional sólo disponían de dos Vocales de las respectivas Juntas. La progresiva toma de conciencia de estas profesionales, que incluso se veían subordinadas en sus propios intereses a las decisiones de los practicantes, les llevó a constituirse el 31 de julio de 1953 como Agrupación Sindical Española de Enfermeras, dentro del Sindicato de Actividades Diversas. Es posible que este acontecimiento influyese de forma decisiva en el Ministerio de la Gobernación para que éste dictara unos nuevos Estatutos de los Colegios Oficiales, de forma que la enfermería femenina no se sintiera dependiente de los practicantes, desdoblándose los Colegios Provinciales y constituyendo el Consejo Nacional con tres secciones: la de practicantes, la de enfermeras y la de matronas, cada una con su presidente, pero formando conjuntamente una Junta Presidencial.

Los Colegios profesionales de Matronas, Enfermeras y Practicantes se disuelven en 1954 a través de la Orden de 29 de marzo y como ya hemos señalado, en julio del mismo año, existe ya un solo Colegio de Auxiliares Sanitarios con tres secciones: Enfermeras, Matronas y Practicantes. Posteriormente, en 1958, se establece la colegiación obligatoria para los A.T.S. masculinos en la sección de Practicantes y de A.T.S. femeninas en la sección de Enfermeras; es decir, se seguían perpetuando las diferencias en función del sexo, no sólo, como hemos estudiado en apartados anteriores, en la formación sino también en la colegiación y en cierta medida en el ejercicio profesional.

No será hasta los años 70 cuando cambie esta situación y los Colegios de Auxiliares Sanitarios pasen a llamarse Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Si bien seguirán en vigor las tres secciones, incluso después de instaurada la democracia en 1976, continúa la colegiación separada (ver figuras 7.27., 7.28.). Cambiar la tradición cultural de los colegios profesionales fue toda una experiencia.

Había expectación en ver cómo podía evolucionar esta situación. Lo cierto es que la discriminación sexista desaparecerá a través del Real Decreto 1856/1978 por el que se aprueban los estatutos de 29 de junio de la Organización Colegial de Enfermería y los estudios se trasladan al ámbito universitario.

#### 4. La Imagen Social de A.T.S.

Comenzaremos señalando la importancia que otorga a los ATS el mayor contratador de personal sanitario de la época, el INP y que refleja la imagen institucional de los profesionales sanitarios que se debía proyectar a la ciudadanía. En el folleto **Acabas de ingresar en una Residencia Maternal de la Seguridad Social** (editado por el Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Publicación 1088; 1966) podemos observar sin ningún género de dudas los valores socio-sanitarios imperantes durante la dictadura del general Francisco Franco. Por su gran valor socializante para la población lo reproducimos parcialmente en el Apéndice de Textos y Documentos. Veamos algunas cuestiones de interés para los fines de nuestro trabajo.

Comienza la primera parte del folleto con una presentación de las figuras importantes durante la estancia hospitalaria: médico, matrona, enfermera, director, asistente social y capellán. A continuación se enumera un día de ingreso en la maternidad y la figura de la enfermera toma un papel relevante como guía y compañera. Continúa con una serie de consejos para poder llevar a cabo el noble destino de la maternidad responsable. De este modo se proclama lo que se debe hacer durante los primeros doce meses de vida del niño. Y en el caso de enfermar se enfatiza la oración y hacer sólo lo que el médico diga. También se ensalza la verdadera carrera de la mujer, que, como no podía ser menos, es la maternidad. Pero veamos como se muestra a la población, por parte de la Institución sanitaria por excelencia de nuestro país, el INP, a la enfermera y a la matrona.

*“La matrona es la mano femenina del Médico y su auxiliar indispensable. Sólo ella puede sustituirle.*

*La enfermera es en la Residencia, lo que tú en casa; la madre, la hermana o la compañera. Estará siempre pendiente de ti, para cuidarte y consolarte o paliar tu dolor, como solo la mujer sabe hacerlo.”*

Recordemos que cuando, en 1966, se publica este folleto, el título oficial era el de A.T.S. Sin embargo, a la población se le sigue hablando de enfermeras y matronas. Como apreciamos, en términos de imagen pública la matrona aparece



como un instrumento del médico. Las enfermeras ni siquiera son auxiliares, son tan sólo mujeres y, como tales, son capaces de cuidar. Esta imagen de las enfermeras es una forma de naturalizar los atributos que una mujer posee supuestamente por su condición de mujer. Como ya hemos argumentado, y desde una perspectiva de género, el régimen franquista supuso un retroceso en el desarrollo personal de las mujeres en general y muy especialmente para el desarrollo profesional de la enfermera. Durante cuarenta años el imaginario social de la población española con respecto a la salud y la enfermedad se cimentó en la oración, las órdenes del médico, y la obediencia de las enfermeras y matronas. La dominación del sector sanitario por el estamento médico se vio potenciada, en nuestra opinión, por dos factores. Por un lado, el carácter prioritario de los valores masculinos, y, por otro, las sucesivas disposiciones normativas que otorgaron el poder formal a la medicina. La España del siglo XX siguió impregnada de unos valores sociales que reproducían una cultura de dominación masculina.

En este período que estamos estudiando los libros de texto siguen en la misma línea que hemos venido analizando en los capítulos anteriores. A modo de ejemplo, hablaremos del *Manual de la Enfermera y Practicante*, del Dr. Usandizaga, en su octava edición, de 1964. Recordemos que el profesor Usandizaga fue director de la Escuela de Enfermeras Casa de Salud de Valdecilla. En el año de publicación de este manual era catedrático de Obstetricia y Ginecología y director de las Escuelas de A.T.S. de la Facultad de Medicina de Barcelona. Este texto va dirigido a enfermeras y practicantes, aunque, como sabemos, hace ya nueve años (desde 1955) que la formación conduce al título de A.T.S.; es decir, se sigue hablando de dos figuras desaparecidas en lo que se refiere a la formación, si bien, como hemos visto, se han homologado sus funciones en el ejercicio profesional. Como hemos señalado en otros capítulos, la diversificación de títulos y figuras sigue siendo la norma, tanto a nivel de normativas como en el ejercicio profesional.

Este manual, como el autor indica en el prólogo, contiene la mayoría de las asignaturas del programa oficial del A.T.S., excepto Religión, Moral, Educación Política y Psicología, “no sólo porque no encuadran dentro de la orientación general técnica de este libro, sino, además, porque deben ser desarrolladas por personas con especial preparación en estas cuestiones” (p. VI). Sin embargo, no opina lo

mismo sobre la asignatura Historia de la Profesión, Usandizaga dice textualmente, “*hemos renunciado a ocuparnos de ella, por el momento, con la esperanza de que algún día le consagremos un volumen entero, en el que se estudie con la consideración que se merece*” (p. VII). Como podemos apreciar, el Dr. Usandizaga, cree poder hablar de la historia de la enfermería con toda propiedad y no así de otras asignaturas. En cualquier caso pasemos a detallar, en palabras del autor, qué es y qué debe aprender para ejercer un A.T.S.

*“El Ayudante Técnico Sanitario, como su nombre lo indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente un cierto número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico se lo ordene. Sólo de una manera verdaderamente excepcional, cuando falte éste y sea urgente su intervención, podrá actuar por iniciativa personal. Ahora bien, la correcta ejecución de unas técnicas auxiliares no excluye un cierto nivel de cultura médica indispensable para la mejor comprensión de las mismas. Es decir, una buena preparación para las funciones auxiliares y adquirir una cultura médica elemental, estimamos, son los objetivos de la enseñanza de los Ayudantes Técnicos Sanitarios. De lo expuesto se deduce que, de una manera sistemática, se excluye de este libro todo lo que puede conducir a tentativas de diagnóstico o a iniciativas en el tratamiento de las diversas enfermedades”* (p. VIII).

Esta es la forma de pensar generalizada de los profesores médicos de las Escuelas de A.T.S.; recordemos también que esta valoración de la nueva figura profesional estaba avalada por la normativa vigente sobre competencias profesionales. Por tanto, a nivel institucional el ideario formativo ensalza la figura de un ayudante, mero ejecutor, carente de iniciativa; en definitiva un profesional bien mandado. No obstante, en este texto, mucho más extenso (1000 páginas) en contenidos que los primeros manuales escritos por Usandizaga, varias cuestiones llaman nuestra atención. El libro está estructurado por las materias del plan de estudios. En relación con la Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles, dedica nueve páginas a disertar sobre las principales: meningitis, cólera, fiebres tifoideas, etc.; en la última parte del libro, dedicada a la Medicina Social, se vuelve a hablar de este tipo de enfermedades, pero esta vez se dedica a la tuberculosis

nueve páginas, a las enfermedades venéreas seis páginas y a la lepra dos páginas. Pensemos en la importancia que estas últimas enfermedades, más bien vergonzantes, tenían en estos momentos. También en este último apartado, se estudian las enfermedades mentales y, en este caso, se les dedican cuatro páginas. Se entiende, pues, que para conocer la problemática de este tipo de enfermos es suficiente destinarle menos de la mitad del espacio destinado, por ejemplo, a una sola enfermedad como la tuberculosis. Claro está, y como el autor ha dejado patente en el prólogo, que quizás las técnicas auxiliares en el caso de los enfermos mentales tenían poco valor en sí mismas y el concurso médico era necesario para aplicar las terapias al uso, como lo fue en esa época el *electroshock* en el área cerebral.

El texto de Usandizaga tipifica y legitima una imagen del ATS que aparentemente conviene a todo el mundo, muy especialmente a la clase médica. El ATS trabaja muy bien y empieza a tener prestigio social. Es una profesión técnica que empieza a resultar una opción interesante para muchas personas que quieren estudiar. Son años de comodidad y bienestar para los ATS; están bien adaptados. Es una carrera corta y se puede estudiar en casi todas las provincias. Por lo demás, la mayor parte de la población está cubierta sanitariamente; la medicina progresa y tiene a su disposición profesionales muy bien entrenados e instruidos para suplirles, eso sí cuando conviene.

Durante un cuarto de siglo la formación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y el ejercicio profesional de los mismos sigue, en líneas generales, el curso que hemos señalado. No obstante, algunas voces empiezan a alzarse y se origina un movimiento crítico que aglutinará a todos los grupos profesionales, que por primera vez se unen para solicitar un cambio en la formación. Este movimiento culminará con la entrada de los estudios de enfermería en la universidad española.

Veamos finalmente la situación de la enfermería y su desarrollo disciplinar en otras latitudes, lo que nos mostrará de forma clara que mientras en nuestro país se cuestionaban sus iniciativas profesionales y se regulaba un ejercicio profesional supeditado a la medicina, en otros lugares las enfermeras conseguían no sólo formarse y obtener el más elevado rango universitario, sino que, además, intentaban construir un *corpus* doctrinal propio, que llevase a la enfermería a ser distinguida como disciplina científica.

## **5. Perspectiva Histórica de la Enfermería como disciplina.**

Como afirman García y Sellán (1995), *“en las últimas décadas, las enfermeras teóricas han tratado de identificar los componentes científicos de la disciplina Enfermería, con la pretensión de elevarla a la categoría de profesión autónoma”* (p.10).

Desde la década de los años cincuenta del pasado siglo sabemos que hubo programas de doctorado y experto en enfermería en los Estados Unidos. Así, en el Teacher College University of Columbia (New York) se impartieron diversos programas de doctorado y experto en educación y administración???. Posteriormente, en la década de los sesenta, se consolidaron en los diversos estados. Anteriormente, como ya hemos señalado en otro capítulo, las enfermeras de diversos países podían acceder a la formación superior universitaria, si bien lo hacían en otros programas de doctorado. Indudablemente este fue el factor crucial y decisivo para que la enfermería desarrollase sus propios programas de investigación.

En la tabla 7.13. enumeramos las publicaciones de mayor impacto en las décadas que estamos estudiando en este capítulo.

Desde la época de Florence Nightingale, que, como ya hemos señalado, es considerada como la primera teórica enfermera (ver Wesley 1997), cuestión que no compartimos, tal y como hemos sostenido en el capítulo cuatro de este trabajo. La enfermería en Estados Unidos y Canadá consigue situarse muy pronto como titulación superior, si la comparamos con la situación de la enfermería española. Y es dentro del ámbito académico cuando las enfermeras comienzan a teorizar y realizan propuestas dirigidas a describir la naturaleza de la enfermería. De este modo, desde los años cincuenta van a ir haciendo aparición publicaciones donde las diversas autoras fundamentan sus propuestas, iniciándose de esta forma la investigación en enfermería.

Tabla 7.13: Primeras Publicaciones de Enfermería sobre Conceptualización Disciplinar.

AÑO	TEXTOS SOBRE FUNDAMENTACION TEORICA EN ENFERMERIA	AUTOR
1952	Publicación de <i>Interpersonal Relations in Nursing</i>	Hildegarde Peplau
1955	Publicación de <i>Definition of Nursing</i>	Virginia Henderson
1960	Publicación de <i>Twenty-One Nursing Problems</i>	Faye Abdellah
1961	Publicación en <i>The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles of Professional Nursing.</i>	Ida Orlando
1962	Publicación de <i>Core, Care and Cure Model</i>	Lydia Hall
1964	Publicación de <i>Clinical Nursing: A Helping Art</i>	Ernestine Wiedenbach
1966	Publicación de <i>Conservation Principles</i>	Myra Levine
1970	Publicación de <i>An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing</i>	Martha Rogers
1971	Publicación de <i>Self-Care Deficit Theory of Nursing</i>	Dorothea Orem
1971	Publicación de <i>Theory of Goal Attainment</i>	Imogene King
1971	Publicación de <i>Interpersonal Aspects of Nursing</i>	Joyce Travelbee
1972	Publicación de <i>Help-Care Systems Model</i>	Betty Neuman
1976	Publicación de <i>Adaptation Model</i>	Callista Roy
1976	Publicación de <i>Humanistic Nursing</i>	J. G. Paterson y L. T. Zderad
1978	Cultural Care Theory	Madeleine Leininger
1979	Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing	Jean Watson

Fuente: Adaptado (Wesley, 1997).

En España la influencia de estas autoras comenzará a ser visible en los años ochenta, un momento en el que ya es posible desarrollar en los planes de estudio asignaturas propias de la enfermería, como veremos en el próximo capítulo. También analizaremos el último periodo de la enfermería española que se extiende desde el acceso al ámbito universitario hasta nuestros días.

## **6. Conclusiones.**

En este capítulo hemos estudiado los factores que condujeron a la institucionalización y consolidación de una nueva figura sanitaria en España. El A.T.S. surge como titulación para facilitar la integración de tres profesiones auxiliares de la medicina. Sabemos que tanto las enfermeras como los practicantes deseaban una reorganización de sus estudios. En el caso de las enfermeras, hemos estudiado cómo los centros educativos y las enseñanzas sufren cambios en 1952 y 1953. Estos cambios pretendían elevar el nivel de cualificación de las enfermeras y garantizar un mejor saber hacer, tal y como hemos podido constatar en los planes de estudio.

Por otra parte, también hemos puesto de manifiesto las demandas de los practicantes, que reivindican un cambio en sus estudios y en su nombre. Pero fundamentalmente lo hacen para preservar su clase, en el sentido de seguir siendo los genuinos e indispensables ayudantes de los médicos.

Sabemos también que los médicos estaban satisfechos con la labor de las matronas y enfermeras. El ejercicio de la partería hacía mucho tiempo, como hemos estudiado, lo tenían controlado. Las matronas eran trabajadoras, disciplinadas y eficaces. Su consideración la vemos reflejada en la publicación institucional del Instituto Nacional de Previsión del año 1966, donde son consideradas como las manos del médico. Las enfermeras son cariñosas, abnegadas, vigilan con celo todo lo que es necesario observar en los enfermos y además son sumisas, ejecutando todo lo prescrito; que más se puede pedir.

El legislador interpretó las demandas realizadas por los colectivos de enfermeras y practicantes en un sentido que evitase en la medida de lo posible el conflicto con los médicos y, por tanto, siguiese beneficiando la honorable práctica de la medicina y evitase los conflictos entre los tres grupos profesionales. De esta forma, se inventa un nombre único, y sin precedentes a nivel internacional, que aunara las actividades de los tres grupos y dejase intacto el poder hegemónico de la medicina. Sin embargo, en nuestra opinión, esta medida no satisfizo ni a unos ni a otros; prueba de ello fueron las sucesivas reivindicaciones y propuestas llevadas a

cabo en diversos foros profesionales, fundamentalmente por las enfermeras y los practicantes, aunque quizás si mantuvo las expectativas médicas.

Hemos dado cuenta también de las relaciones desiguales de los estudiantes masculinos y las alumnas femeninas durante la formación básica y, en los estudios de las especialidades. Además, la prohibición de la coeducación en las escuelas de A.T.S. acrecentó, a nuestro entender, la división dentro del nuevo grupo que empezaba sus estudios, perpetuando, sin ningún género de dudas, la supremacía de la dominación masculina en el ámbito sanitario. De este modo, las mujeres A.T.S., como antes las enfermeras y las matronas, sufrieron enormes desigualdades en la formación, internado, horarios de prácticas, periodos vacacionales, etc. Todo ello encaminado a paliar el déficit de personal preparado para asumir el cuidado de la población en los nuevos hospitales que se estaban fundando. De este modo, se contaba con mano de obra muy barata. Recordemos que las estudiantes femeninas no recibían un salario y además pagaban una mensualidad. Entendemos que la situación que vivieron las alumnas de esta época fue a todas luces una forma concreta y manifiesta de explotación. Pero también las desigualdades se reprodujeron en el ámbito del ejercicio profesional, excluyendo a los A.T.S. varones del ejercicio en las instituciones cerradas en determinadas unidades de hospitalización, como por ejemplo, pediatría, obstetricia. Por otra parte, su actividad era bien vista y fomentada, como en el caso de los A.T.S. que realizaban todos los procedimientos de urología (sondajes y su manejo). Era práctica habitual que los varones en estas instituciones estuviesen trabajando en ciertos servicios, como rayos, laboratorio o urgencias, y el personal femenino en todas las demás unidades.

En síntesis, los profesionales varones se dedicaban a la técnica y las profesionales femeninas al cuidado. Se daba por hecho que la A.T.S., como mujer, podía cuidar, consolar o acompañar, virtudes o atributos inherentes a la condición femenina y, por tanto, como su portadora exclusiva, a ella le correspondía su desempeño. Esta socialización diferencial da lugar a identidades profesionales distintas, lo cual ha derivado en identidades diferentes en el interior de este grupo profesional.

Vemos pues que entre los años cincuenta y finales de los setenta la enfermería española se mueve en tres direcciones. Por una parte, se da una

práctica vocacional caritativa y de tipo doméstico, en el sentido de realizar en las instituciones el papel que la mujer lleva a cabo en la familia. Por otra, el grupo masculino, liderado por los antiguos practicantes, que insisten en un ejercicio orientado a la vertiente subalterna de la medicina y cirugía. Por último, un grupo femenino que, liderado desde las instituciones educativas (hemos visto el caso de la Escuela de *Salus Infirmorum*), se resiste a aceptar el nuevo nombre, no sintiéndose representado por el mismo. Este grupo mantiene contactos a nivel internacional y participa de forma activa en foros profesionales internacionales, propugnando un ejercicio que se dirija a cuidar bajo otros modelos y sensibilidades.

Indudablemente las asociaciones profesionales son un elemento indispensable para estudiar y analizar la identidad profesional y disciplinar. Recordemos que el Consejo Internacional de Enfermeras se creó en 1889, siendo la más antigua de las organizaciones internacionales de enfermeras. Podemos afirmar que esta asociación, cuyo objetivo fundamental fue y es servir de vehículo para difundir documentación y mantener contacto para debatir los aspectos ligados al desarrollo profesional de las enfermeras a nivel mundial, conoció bien el caso español. Por otra parte, la Asociación Internacional de Enfermeras Católicas, también conocedora de la situación, fue un apoyo para las enfermeras españolas que se resistieron a asumir el papel otorgado por el legislador. Desde los años sesenta y sobre todo a comienzos de los setenta las enfermeras españolas viajan y trabajan en el extranjero y van conociendo otras realidades. Durante estos años, las enfermeras de Estados Unidos o Canadá han consolidado la formación superior y numerosas enfermeras han publicado nuevos enfoques de enseñanza y praxis, fundamentados en una concepción propia y autónoma de la enfermería.

Para finalizar solamente nos queda reiterar que la profesión de enfermería en España sufrió en este período, al igual que la mujer, una tutela que no demandó, salvo en el caso de los practicantes y, que como ya hemos señalado en el capítulo anterior, en nuestra opinión, los practicantes no han pertenecido nunca al colectivo de enfermería.



## **CAPITULO 8**

### **EL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA.**



## CAPITULO 8

### EL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA.

#### 1. Introducción.

En este capítulo estudiaremos el último período de la enfermería profesional en España. Analizaremos las condiciones de posibilidad que han conducido a la actual formación y actividad profesional de las enfermeras españolas.

El tránsito de una formación técnico-médica hacia una nueva orientación profesional y disciplinar no fue fácil. Este cambio se va a producir por dos factores fundamentales. El primero se refiere a los movimientos que surgen dentro del colectivo profesional y el segundo al resquicio que dejó la Ley General de Educación de 1970.

Recordemos que en el capítulo anterior hemos analizado el cambio de denominación de las tres carreras auxiliares de la medicina, que a partir del año 1953 se unifican en el A.T.S. Igualmente hemos visto cómo hubo resistencias a la hora de asumir el nuevo nombre, así como su significado. Como consecuencia se originó una masa crítica que en sus encuentros profesionales solicitaba otro tipo de estudios y competencias. De esta forma, y una vez más en el II Congreso de Hospitales, celebrado en mayo de 1973 en Barcelona, se presentó, según Santo Tomás (2000) *"una ponencia en que hacían una propuesta del curriculum básico de enfermería, una vez que las Escuelas de ATS se integrasen en la Universidad, así como un proyecto de especialidades y licenciatura"* (p.103). Esto origina una corriente de opinión en el seno de la profesión que ya no pudo ser contenida por las autoridades y que estudiaremos en los próximos apartados.

Veamos ahora la legislación que hizo posible la transformación de los centros educativos para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. En el Apéndice de Desarrollos Legales puede verse detalladamente la diversas normativas que expondremos en el capítulo.

## **2. El camino hacia la universidad.**

La Ley 14/1970, de 4 de agosto, del Ministerio de Educación y Ciencia, o “La Ley General de Educación”, en la disposición transitoria 2ª.7., señala: *“que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, podrían orientarse en centros universitarios o centros de Formación Profesional, en función de la naturaleza y extensión de sus enseñanzas”*. A partir de la Ley de 1970 a los ATS se les plantean dos posibilidades: integrarse como estudios universitarios o formar parte de los estudios de Formación Profesional (FP).

Como sabemos, en España los estudios de FP estaban muy desprestigiados ya que los alumnos que cursaban estos estudios eran identificados como estudiantes que en etapas educativas anteriores habían tenido un bajo rendimiento académico, ya fuese por su bajo rendimiento o por su baja motivación hacia los estudios. En este contexto comienza un movimiento reivindicativo por parte de los ATS solicitando que los estudios de enfermería se cursen bajo el plan universitario.

En 1973, en el Decreto 2293/73 de 17 de agosto, se regularon las Escuelas Universitarias. Se definieron como lugares donde se deberían impartir enseñanzas con una orientación científica y técnica, para formar profesionales en especialidades que por su naturaleza y extensión sólo exigirán un ciclo de estudios y con una duración de tres años. Por tanto, aquí se encuentran todos los elementos que fueron aprovechados por los A.T.S. para seguir solicitando el cambio en la formación.

No obstante, el gobierno pretendía estudiar y razonar qué era lo mejor para el campo sanitario. Los Colegios Profesionales de A.T.S. consiguen a principios de 1976 que se cree una “Comisión Interministerial” para la Reforma de los Estudios de A.T.S. En este grupo de trabajo participaron representantes del Ministerio de Sanidad (Dirección General de Sanidad, I.N.P.), representantes del Ministerio de Educación, representantes del Colegio de profesionales y representantes sindicales. En la misma, y como asesores, había dos médicos y dos enfermeras. Éstas últimas asistían a la comisión como representantes de las Escuelas privadas y la Comisión Nacional de Escuelas de Enfermeras. En esta Comisión se debatieron y analizaron las competencias de los diversos profesionales sanitarios, los niveles educativos

para cada grupo profesional, así como los centros de formación. Las reuniones de esta Comisión no fueron fáciles, dada la disparidad de criterios e intereses diversos.

Mientras tanto, en los centros hospitalarios los profesionales solicitaban la formación en la universidad. También se produce la anhelada unificación de la organización colegial (en todas sus ramas) con la misma idea (los estudios debían impartirse en la universidad). Además de todos los grupos profesionales, los estudiantes en las escuelas realizaron reuniones y también se sumaron a la idea de la formación superior. Los movimientos de todo el colectivo culminaron en la creación de la Coordinadora Nacional, que aglutinó y llevó a cabo los planteamientos reivindicativos durante el periodo de trabajo de la Comisión Interministerial.

Mientras esta comisión se reunía, los movimientos reivindicativos se van haciendo cada vez más fuertes (encierros y manifestaciones en toda España, simultáneamente en los hospitales, en las escuelas y en la calle). Llega un momento en el que existen reivindicaciones en todas las provincias españolas. A esto se une la mala situación que estaba atravesando en esos momentos el Gobierno español; como consecuencia, aparece en julio de 1977 el **Real Decreto 2128/77: “Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería”**. Por fin aparecen en la legislación, y juntos, dos términos que parecían estar vedados a las enfermeras en España (Enfermería y Universidad). Pasaremos ahora a analizar este Decreto.

En el artículo 1º señala que las Escuelas de ATS que pertenecían a la Facultades de Medicina se transformarían en Escuelas Universitarias de Enfermería. En el artículo 2º se menciona que las demás Escuelas de Enfermería pertenecientes a otros organismos (Seguridad Social, Cruz Roja,...) deberán solicitar los permisos para transformarse en Escuelas Universitarias de Enfermería y convertirse en Escuelas Adscritas. El procedimiento a seguir fue presentar una solicitud ante el Rectorado de la universidad correspondiente; una vez llevado a la Junta de Gobierno de dicha universidad, se remitía al Ministerio de Educación y Ciencia, que resolvía en un plazo no superior a 30 días. Posteriormente, la Orden Ministerial de 20 de octubre de 1978 establecía los criterios de funcionamiento de las Escuelas.

Muchas de las Escuelas se transformaron y otras desaparecieron. Una serie de problemas fueron surgiendo: ¿quién iba a impartir la docencia? Recordemos que hasta este momento los profesores habían sido titulados superiores y fundamentalmente médicos; ¿cómo iban a impartir docencia los A.T.S., que si bien eran técnicos de grado medio, no tenían formación universitaria?.

Este tema fue resuelto a través de la Orden de 13 de diciembre de 1978, por la cual se habilitaba a los A.T.S. que habían realizado actividades docentes en las Escuelas de A.T.S., a poder impartir docencia con una categoría de Encargado de Curso. Si bien en un primer momento esta Orden pretendía ser válida sólo para el curso 1978/1979, sería prorrogada en 1980 en la Orden de 24 de septiembre, que mediante un Concurso de Méritos abre el camino para que otros A.T.S. puedan impartir docencia.

Pese a la normativa legal hubo enormes dificultades en algunos centros para que los A.T.S. impartiesen docencia. Las soluciones dependieron, en cada caso, de la predisposición y talante de los Titulados Superiores. De este modo, en algunas Escuelas desde la dirección del centro hasta la responsabilidad total de las materias de enfermería fueron asumidas por los A.T.S., mientras que en otras, cambió formalmente el nombre pero no así la realidad de dirección, planificación y docencia de las enseñanzas. A continuación estudiaremos en el siguiente apartado y, con detenimiento como los A.T.S. fueron homologados a los Diplomados en Enfermería. Recordemos que muchos de los profesionales que homologaron su título de A.T.S. a través del Curso de Nivelación son en la actualidad trabajadores en activo en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la enfermería.

## **2.1. El Curso de Nivelación.**

Una cuestión que acarreó múltiples conflictos fue el Curso de Nivelación (Real Decreto 111/1980 de 11 de enero y Orden de 15 de julio de 1980) que deberían realizar todos aquellos que en posesión del Título de A.T.S. desearan convalidarlo por el de Diplomado en Enfermería. Por supuesto, este fue un requisito indispensable para ejercer la docencia y, por tanto, los profesores de las Escuelas se matricularon en todo el territorio nacional en la primera convocatoria. El primer examen se llevó a cabo en Madrid a primeros de junio de 1981. Los profesores que

obtuvieron la calificación de Apto pudieron firmar las actas de los alumnos de la primera promoción de Diplomados en Enfermería. El Ministerio de Educación encomendó a la Universidad Nacional de Educación a Distancia la planificación de este curso. Las enseñanzas conducentes a la homologación del título de Ayudantes Técnicos Sanitarios con el Diplomado en Enfermería se planificaron a través de cursos de cuatro meses de duración que contenían las siguientes áreas y esquemas de contenidos: 1) Ciencias Básicas: Biofísica y Bioquímica, 2) Ciencias de la Enfermería que incluían Conceptos de Enfermería, Estadística aplicada a la Biología, Administración y Legislación, 3) Ciencias de la Conducta, 4) Salud Pública. Al término del curso se realizaba un examen cuya calificación era “apto” o “no apto”. En un primer momento, el tiempo para poder convalidar fue estimado en cinco años, aunque posteriormente fue prorrogado en dos ocasiones más. Se realizaron 22 convocatorias donde convalidaron un número muy elevado de profesionales y según Calvo y Mompart (1992) “... han obtenido el título de Diplomado en Enfermería 71.800 alumnos, habiéndose matriculado un mínimo igualmente elevado de 100.600 A.T.S.” (p. 323).

En esta misma Orden de 15 de julio de 1980 se designan las Escuelas Universitarias de Enfermería que colaborarían en la impartición de este curso, entre las cuales había catorce escuelas de las universidades públicas españolas, una escuela adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona, una Escuela de la Diputación Provincial de León, quince escuelas del INSALUD y una de una universidad privada de la Iglesia. Como ya hemos señalado anteriormente, conviene recordar el peso específico que estas Escuelas han tenido en la formación de enfermería en nuestro país. Posteriormente se fueron añadiendo nuevos centros. En la tabla 8.1. indicamos cuáles fueron los primeros centros que impartieron este curso.

Tabla 8.1: Escuelas Universitarias de Enfermería coordinadoras del Curso de Nivelación.

<b>CURSO DE NIVELACION</b>		
<b>ESCUELAS DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA</b>	<b>ESCUELAS DEL INSALUD</b>	<b>ESCUELAS DE OTRAS ENTIDADES</b>
Central de Barcelona	Vitoria	Hospital de Santa Cruz y San Pablo (Autónoma de Barcelona)
País Vasco	Alicante	Diputación Provincial de León
Cádiz	Almería	Universidad de la Iglesia de Navarra
Córdoba	Badajoz	
Granada	Barcelona	
La Laguna	Hospitalet	
Complutense de Madrid	Burgos	
Oviedo	Castellón	
Salamanca	Huesca	
Santiago	Madrid La Paz	
Sevilla	Madrid Puerta de Hierro	
Valencia	Málaga	
Valladolid	Pamplona	
Zaragoza	Salamanca	
	Valencia	

Fuente: Elaboración propia (Orden de 15 de julio de 1980).

El Real Decreto 111/1980 de 11 de enero sobre la homologación del Título de A.T.S. con el de Diplomado en Enfermería condujo a un conflicto entre los nuevos profesionales y los A.T.S. Este se mantuvo durante los primeros años, porque la pregunta que se hacían unos y otros era: ¿en qué va a variar el ejercicio profesional en cuanto a las funciones que se podrían otorgar a unos y otros?, una cuestión a la que podremos responder más adelante. Recordemos que las enfermeras, matronas y practicantes obtuvieron la homologación de sus funciones automáticamente y pudieron cursar las especialidades de los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Pese al tiempo transcurrido, una sorpresa nos ha deparado el legislador en el año 2003, a través de la Orden ECD/2314/2003, de 1 agosto, por la que se abre un nuevo plazo para la realización del Curso de Nivelación de conocimientos a efectos



de la convalidación académica del Título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. En esta normativa se justifica el nuevo curso de la siguiente forma:

*“Gracias al mencionado curso de nivelación de conocimientos un gran número de titulados ATS tuvieron la oportunidad de convalidar su título por el de Diplomado en Enfermería. Pero un grupo considerable de estos titulados, por razones diversas, no realizaron el repetido curso de nivelación, situación que ahora les impide acceder a las especialidades de enfermería, reguladas por Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, y puestas en práctica con posterioridad a la finalización del período de celebración de los cursos de nivelación mencionados. Esta situación hace que sea conveniente abrir, por una sola vez, un nuevo proceso de convalidación de los títulos de ATS por el de Diplomado en Enfermería, permitiendo la realización de los cursos de nivelación de conocimientos, por un nuevo y último período de cinco años.”*

La perplejidad que nos ha causado esta norma es notable. Las especialidades a las que se refiere no están desarrolladas plenamente en la actualidad, como estudiaremos en un apartado posterior de este capítulo. Como adelanto, señalar que sólo se han implementado dos especialidades: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y Enfermería en Salud Mental. Nos preguntamos cuáles son los motivos que han conducido a esta normativa. Dentro del amplio colectivo profesional de enfermeros españoles, las escuelas, a través de su representación, la Conferencia de Directores, no apoyaron esta propuesta, realizando enmiendas, tanto en relación a la calidad del programa como al perfil profesional del profesorado, que debería pertenecer a las Escuelas de Enfermería. El Consejo General y el Sindicato de A.T.S. y Enfermeros (SATSE) sí apoyan el proceso, y se hacen cargo, además, del montante económico del curso. Veamos algunas singularidades de la presente orden.

*“En atención al carácter especial de este programa y a las circunstancias, que por razón de sus actividades profesionales, se considera que la institución responsable de llevar a cabo el nuevo proceso de convalidación, debe de ser la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), pudiendo los cursos de nivelación ser organizados por esta Universidad o por las Escuelas*

*de Enfermería, Colegios y Organizaciones Profesionales con los que establezca los pertinentes convenios. En su virtud, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, y del Consejo General de Colegios de Enfermería”.*

Como hemos señalado en este mismo apartado, el anterior curso solamente fue organizado desde la UNED y las Escuelas Universitarias. Debemos entender que quien imparte una formación universitaria debe estar reconocido y habilitado para ello. Por tanto, la institución que avala y otorga un grado académico es en nuestro país la universidad.

A continuación pasaremos a analizar la situación que se exige a la enfermería como profesión regulada por la Comunidad Económica Europea.

### 3. La enfermería en la Comunidad Económica Europea.

Mientras este proceso tenía lugar en España, en el resto de Europa estaban produciéndose cambios que afectaban a las enfermeras. Así, la Directiva del Consejo (77/453/CEE) de 27 de junio de 1977 versó sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. De este modo, se exigía que en todos los estados miembros, las enfermeras recibiesen una formación atendiendo a los siguientes criterios:

- a) *Una formación escolar general de diez años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de admisión de nivel equivalente en escuelas profesionales de enfermeros;*
- b) *Una formación a tiempo completo, específicamente profesional, que se refiere obligatoriamente a las materias del programa de estudios que figuren en el Anexo de la presente Directiva y que conste de tres años de estudios ó 4.600 horas de enseñanzas teórica y práctica.*

Asimismo, indicaba que las enseñanzas de enfermería clínica deberían efectuarse en forma de prácticas guiadas en los servicios de un centro hospitalario o en otros servicios de salud, en particular en centros de asistencia de enfermería a domicilio autorizados por las autoridades o los organismos competentes. También establecía un plazo máximo de cinco años a partir de la notificación de la presente Directiva para que se llevasen a efecto las medidas oportunas en cada país.

Pasemos ahora a señalar el programa de estudios propuesto por esta Directiva y que recogemos en la tabla 8.2.

Tabla 8.2: Programa de Estudios para los Enfermeros Responsables de Cuidados Generales de la CEE.

<b>ORIENTACIÓN CURRICULAR EN ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA</b>	
<b>A. Enseñanza teórica y técnica.</b>	<b>Cuidados de enfermería.</b> Orientación y ética de la profesión. Principios generales de salud y de cuidados de enfermería. Principios de cuidados de enfermería en materia de: Medicina general y especialidades médicas, Cirugía general y especialidades quirúrgicas, Puericultura y pediatría, Higiene y cuidados de la madre y del recién nacido, Salud mental y psiquiatría y Cuidados de ancianos y geriatría.
	<b>Ciencias fundamentales.</b> Anatomía y fisiología. Patología. Bacteriología, virología y parasitología. Biofísica, bioquímica y radiología. Dietética. Higiene: Profilaxis y Educación sanitaria. Farmacología.
	<b>Ciencias sociales.</b> Sociología. Psicología. Principios de administración. Principios de enseñanza. Legislación social y sanitaria. Aspectos jurídicos de la profesión.
<b>B. Enseñanzas de enfermería clínica.</b>	<b>Cuidados de enfermería en materia de:</b> Medicina general y especialidades médicas Cirugía general y especialidades quirúrgicas Cuidado de los niños y pediatría Higiene y cuidados de la madre y del recién nacido Salud mental y psiquiatría Cuidado de los ancianos y geriatría Cuidados a domicilio.

Fuente: Elaboración propia (Directiva del Consejo (77/453/CEE).

El programa de estudios para la obtención de un diploma, certificado u otro título, de enfermero responsable de cuidados generales, como podemos apreciar contiene dos partes diferenciadas. La primera parte se estructura en tres bloques o áreas de conocimientos teóricos, que nos permite interpretar la importancia que en opinión del legislador se merecen los Cuidados de enfermería, tan desprovistos de identidad dentro de los diversos planes de estudios que hemos estudiado en los dos capítulos anteriores y, en el que estamos analizando. En la segunda parte se especifican en las Enseñanzas de enfermería clínica, de forma clara los cuidados que deben aprender y se tiene presente a todos los grupos de población y, en todas las etapas del desarrollo. Además, el aprendizaje debe llevarse a cabo, tanto en el hospital como en los domicilios.

Si comparamos esta trayectoria curricular con la de A.T.S. podemos confirmar el abismo que existe entre los enfermeros de los países miembros de la C.E.E. y los

españoles en ese momento. Pero, pese a todos los desafortunados momentos vividos por la enfermería española, será esta Directiva la tabla a la que se mantuvieron firmemente asidas las enfermeras españolas para buscar una salida sólida en materia de cambio curricular.

Esta Directiva Comunitaria de junio de 1977 sirvió de base para la promulgación de las directrices generales del Plan de Estudios de Enfermería que el Ministerio de Educación y Ciencia sacó a la luz, a través de la Orden de 31 de octubre de 1977 (BOE de 26 de noviembre de 1977) y que condujo a los nuevos estudios del Diplomado en Enfermería.

## **4. Instituciones.**

### **4.1. Las Escuelas Universitarias de Enfermería.**

Como hemos venido señalando en apartados anteriores, la transformación de las antiguas Escuelas de A.T.S. en Escuelas Universitarias de Enfermería (E.U.E.) condujo a modificaciones no sólo en el Plan de Estudios sino también en el profesorado que debería impartir las enseñanzas. La situación de partida fue la siguiente: las enfermeras van a ocupar progresivamente el espacio ocupado por los titulados superiores, fundamentalmente el espacio de los médicos, en la formación. La primera dificultad que se encontraron fue la provisionalidad en las plazas docentes, que provocó el abandono de enfermeras expertas en la docencia y en la asistencia. El aspecto más positivo fue que las enfermeras docentes fueron las primeras en realizar, lógicamente, el curso de nivelación.

El proceso de incorporación de las enfermeras a los puestos docentes fue complicado en algunas Escuelas, ya que, apareció resistencia por parte del colectivo médico. Las enfermeras de las nuevas Escuelas tuvieron, además, que diseñar los nuevos programas de acuerdo con las directrices. Recordemos que las enfermeras anteriormente no eran profesoras de los centros.

Debido a la falta de tradición a la hora de dirigir, planificar e impartir el nuevo *currículum* el resultado era previsible. Se construyó un itinerario curricular, basado más en la tradición fisiopatológica, a través de los diagnósticos médicos, que en los nuevos modelos educativos que desde los países anglosajones se estaban exportando. Aunque, tenemos que tener presente el enorme esfuerzo que las enfermeras docentes debieron llevar a cabo, además de las altas dosis de motivación, a pesar de los conflictos continuos, fundamentalmente con el estamento médico, para poder impartir las asignaturas propias de la enfermería desde los nuevos modelos imperantes fundamentalmente en el ámbito anglosajón. Recordemos que desde mediados de siglo las enfermeras norteamericanas estaban diseñando la formación y el ejercicio profesional desde los nuevos paradigmas y teorías enfermeras.

Además, debemos tener presente que el modelo en el sistema sanitario español era el modelo biomédico, y esto no ayudó ni a los profesores ni a los alumnos a asumir y transmitir, en los primeros momentos, una visión diferenciada de la enfermería. El esfuerzo desarrollado por las enfermeras desde los centros educativos ha sido épico. El cambio de orientación curricular parte desde la consideración de que los cuidados enfermeros son el tratamiento que establecen los profesionales para prevenir, resolver o paliar determinados problemas de salud, reales o potenciales que tienen las personas. Es decir, se habla de un tratamiento enfermero y se comienzan a explicar los diagnósticos de enfermería. Las enfermeras españolas comienzan a creer que es posible escapar de la dominación de la medicina. Sin embargo, este cambio de orientación supone asumir la autonomía a la hora de cuidar y la colaboración con otros profesionales, no la dependencia y la sumisión, como ejes de la actividad profesional. Pero en la realidad asistencial la autonomía para tomar decisiones está impregnada de la cultura hospitalaria tradicional, cuestión que hemos ido señalando a lo largo de estos últimos capítulos.

Recordemos que cuando se produce la integración de las escuelas en el marco universitario existían en España un número muy importante de centros de formación, los datos, según diversas fuentes consultadas, oscilan entre 156 a 169. Lo que sí sabemos es que las escuelas diferían tanto en las características como en la estructura, así como su pertenencia a entidades titulares diversas.

Básicamente la transformación de la educación en enfermería perseguía: incrementar el prestigio y el reconocimiento social de la profesión y mejorar la calidad de la docencia. La hipótesis era que esto se lograría si los centros eran dirigidos y la enseñanza era impartida por profesionales de la enfermería. De esta forma, si aumenta la calidad docente, paralelamente mejoraría la atención que se brinda a los ciudadanos. En otro orden de cosas, también se pretendía un reconocimiento de las funciones de enfermería y el establecimiento de las especialidades y la licenciatura.

Tras 10 años desde la implantación de los estudios de enfermería en la universidad el número se contaba ya con 97 escuelas universitarias (ver Blasco, 1988). Actualmente ha aumentado el número, debido en parte a la proliferación de

universidades privadas en nuestro país; la distribución de escuelas en el año 2004 aparece en la tabla 8.3.

Tabla 8.3: Distribución de Escuelas de Enfermería 2004.

<b>DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE UNIVERSIDADES Y ENTIDADES TITULARES</b>	<b>2004</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Universidades Públicas</b>	44	<b>44</b>
<b>Universidades Privadas</b>	10	<b>10</b>
<b>Centros Adscritos a Universidades Públicas:</b>		<b>50</b>
Ayuntamientos	2	
Diputaciones	4	
Servicios de Salud	28	
Cruz Roja	5	
Órdenes Religiosas	2	
Fundaciones	5	
Comunidad Autónoma	1	
Entidad Sanitaria	1	
Entidad Bancaria	1	
Se desconoce	1	
<b>Centros Adscritos a Universidades Privadas:</b>		<b>5</b>
Órdenes Religiosas	5	
		<b>109</b>

Fuente: (Informe Consejo General, 2004).

Como puede observarse, las escuelas de las universidades públicas suponen solamente el 40,36% de total de centros de formación de enfermeras del país, mientras que las pertenecientes a universidades privadas representan el 9,17%. Tomadas en su conjunto, no suponen siquiera el 50% de centros propios de las universidades españolas. De este modo, los centros adscritos y pertenecientes a otras entidades titulares representan el 50,47% de las escuelas universitarias de enfermería del estado español. Si seguimos analizando la tabla, podemos afirmar que los centros dependientes del sistema sanitario suponen el 25,68% del total, cifra importante en términos relativos, que pone de manifiesto y ratifica la tradición de las escuelas de formación de enfermeras dentro del sistema sanitario.

En la actualidad la distribución de centros por tipo de universidad indica que el número de centros ha aumentado hasta 106, en virtud del incremento de centros privados (ver tabla 8.4.).



Tabla 8.4. Registro Nacional de Universidades y Centros de Formación Enfermera.

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE UNIVERSIDADES Y CENTROS	ADSCRIPCION	TOTAL
Universidades Públicas	Propios	44
Universidades Privadas	Propios	15
Centros Adscritos a Universidades Públicas:		47
		106

Fuente: Elaboración propia (Ministerio de Educación y Ciencia, 2007).

Vemos pues el peso que en la formación enfermera tienen los centros adscritos que suponen el 44,33% de los centros de formación en enfermería. Entre ellos, aunque este dato no lo proporciona el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), hemos constatado que al menos 31 de ellos pertenecen al sistema sanitario, es decir, su entidad titular es la red sanitaria pública, suponiendo esto el 65,95% de los centros adscritos. Esto pone de manifiesto, en nuestra opinión, la importancia que el propio sistema sanitario tiene con respecto a la formación de sus futuros enfermeros. Por otra parte, llama la atención que una sola provincia del territorio nacional no tiene escuela de enfermería, según el listado consultado siendo esta la provincia de Segovia. Otro dato llamativo, incluso sorprendente, en nuestra opinión, tiene que ver con el hecho de que la Universidad Autónoma de Barcelona y Autónoma de Madrid sean las dos únicas universidades públicas que teniendo centros adscritos de enfermería no tienen departamento de enfermería. De esta forma, la Universidad Autónoma de Barcelona tiene cinco centros adscritos: E.U. de Ciencias de la Salud de Manresa, E.U. Creu Roja, E.U.E. del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, E.U.E. Vall d'Hebrón y E.U.E. y Fisioterapia Gimbernat. En el caso de la Universidad Autónoma de Madrid los centros adscritos son los de: E.U.E. de la Comunidad de Madrid, E.U.E. de la Cruz Roja, E.U.E. de la Fundación Jiménez Díaz, E.U.E. La Paz y E.U.E. Puerta de Hierro. Como vemos, estas dos universidades tienen diez centros de formación enfermera, lo cual supone el 21,27% de los centros adscritos a universidades públicas en estos momentos.

Si observamos en el listado disponible en la página *web* del M.E.C. (tabla 8.5.), podremos observar la dispersión de nombres en los centros de formación.

Tabla 8.5: Registro Nacional de Centros de Enfermería.

<b>NOMBRE DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>2007</b>
Escuela Universitaria de Enfermería	67
Escuela Universitaria de Enfermería y Podología	1
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia	12
Facultad de Ciencias de la Salud	4
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud	10
Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud	2
Facultad de Ciencias de la Salud, la Actividad Física y del Deporte	1
Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología	1
Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional	1
Facultad de Medicina	2
Facultad de Ciencias Biosanitarias	1
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud	2
Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios	1
Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Nutrición	1
	<b>106</b>

Fuente: Elaboración propia (Ministerio de Educación y Ciencia, 2007).

En la tabla que acabamos de mostrar, y según los datos del M.E.C., 14 son los tipos de centro en los que se cursan actualmente las enseñanzas conducentes al título de Diplomado en Enfermería. El tipo de centro más habitual es una Escuela Universitaria, donde los únicos estudios que se cursan son los de enfermería. El siguiente centro, denominado Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, nos indica que se cursan ambas diplomaturas. El siguiente tipo de centro que más se repite en la tabla es el de Escuelas Universitarias de Ciencias de la Salud. En la información aportada por el M.E.C. no se especifica si se cursan otro tipo de estudios. Por otra parte, están también aquellos centros en los que se estudian otras titulaciones. En cuatro universidades los estudios de enfermería están integrados en la Facultad de Ciencias de la Salud. Esto ocurre en las universidades Rey Juan Carlos de Madrid, Alfonso X el Sabio, Europea de Madrid e Internacional de Cataluña. Las tres últimas son, como sabemos, universidades privadas. Por otro parte, la universidad de las Palmas de Gran Canaria (con dos sedes, una en la ciudad de Las Palmas y otra en Teguiise) integra los estudios de enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, donde también se cursan los estudios de enfermería. A su vez, enfermería aparece dentro de la Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud de la universidad privada Cardenal Herrera-CEU (con

dos sedes, una en Moncada, Valencia, y otra en Elche). Los estudios de enfermería aparecen también en el seno de la Facultad de Ciencias de la Salud, Actividad Física y Deporte en la universidad privada católica de San Antonio de Murcia, o en la Facultad de Ciencias Biosanitarias de la Universidad Francisco de Vitoria en Madrid. Enfermería se estudia también en las facultades de medicina de la Universidad de Extremadura, concretamente en Badajoz, y en la universidad privada San Pablo-CEU (Madrid). Por otra parte, la Universidad de Extremadura tiene dos centros propios bajo la denominación de Centro Universitario de Mérida y de Plasencia. Es llamativo que la Universidad de Extremadura tiene cuatro centros propios; como acabamos de señalar, dos de ellos se denominan centro universitario, otro, ya mencionado, Facultad de Medicina y, además, otro denominado Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. Si bien están en cuatro poblaciones diferentes, nos sorprende la diversidad de denominaciones. Como podemos observar, la gran variedad de centros de formación va más allá de la simple denominación. Las señas de identidad de los futuros enfermeros en su proceso de socialización comienza en los centros educativos y la diversidad es, tal vez, excesiva. Las instituciones constituyen entidades sociales sujetas a normativas, organizadas legalmente y con organigramas concretos. Recordemos que en el capítulo 2 de este trabajo analizamos cómo los diversos ámbitos de las instituciones concretas configuran las condiciones de posibilidad para el desarrollo disciplinar. De esta forma las condiciones socioinstitucionales contribuyen de manera directa en la socialización de los futuros profesionales de la enfermería. Veamos ahora cómo se materializaron los sucesivos planes del Diplomado hasta nuestros días.

#### **4.2. Planes de Estudio del Diplomado en Enfermería.**

En primer lugar, estudiaremos las directrices generales del Plan de Estudios que se detallan en la tabla 8.6 y a continuación analizaremos concretamente los diversos planes. En estas directrices veremos reflejada la influencia Directiva del Consejo (77/453/CEE) que hemos estudiado un poco más arriba. Veamos los requisitos previos que se les pide los estudiantes para ingresar en los Centros.

Tabla 8.6: Requisitos previos.

NORMATIVA	1977
<b>Condiciones requeridas al ingreso</b>	
Estudios previos	Bachiller y COU
Certificado de buena conducta	-
Edad.	-
Otros.	Pruebas de aptitud, según ley 30/1974, de 24 de julio
<b>Duración del programa</b>	Tres cursos
<i>Programa:</i>	
Horas de enseñanza	4.600
Teoría	Especifica en detalle las materias, que no deben sobrepasar las 16 asignaturas y cuatro optativas
Práctica	Al menos el 50 por 10 del total
Examen de reválida en tribunales compuestos por médicos	-

Fuente: Elaboración propia (Orden de 31 de octubre de 1977).

Los estudiantes de enfermería comienzan a estudiar por primera vez en la historia de España con unos requerimientos previos basados única y exclusivamente en el rendimiento académico, al igual que el resto de los alumnos universitarios. Lejos quedan ya la presentación de dos personas que avalasen al futuro estudiante, los internados, el suplir la falta de personal, los turnos de noche, etc., condiciones que, como hemos comentado en el capítulo anterior, supusieron una explotación de las aspirantes a enfermeras. Y, ante todo, finalizó la prohibición de la coeducación, cuestión que, en nuestra opinión, es de enorme importancia para la socialización de este grupo profesional.

Veamos con detenimiento la estructuración del plan de estudios por curso y áreas de conocimientos en las tablas 8.7., 8.8., 8.9. y 8.10.

Tabla 8.7: Asignaturas fundamentales de la Diplomatura de Enfermería. Primer curso.

ASIGNATURA	DURACIÓN
Biofísica y Bioquímica	Cuatrimestral
Enfermería fundamental	Anual
Anatomía y Fisiología	Anual
Ciencias de la conducta I (Psicología general y evolutiva)	Cuatrimestral

Fuente: Elaboración propia (Orden de 31 de octubre de 1977).

Tabla 8.8: Asignaturas fundamentales de la Diplomatura de Enfermería. Segundo curso.

ASIGNATURA	DURACIÓN
Farmacología clínica y dietética.	Anual
Enfermería médico-quirúrgica I	Anual
Ciencias de la conducta II	Cuatrimestral
Salud pública I	Anual
Enfermería materno-infantil	Cuatrimestral

Fuente: Elaboración propia (Orden de 31 de octubre de 1977).

Tabla 8.9: Asignaturas fundamentales de la Diplomatura de Enfermería. Tercer curso.

ASIGNATURA	DURACIÓN
Farmacología clínica y terapéutica física	Anual
Enfermería médico-quirúrgica II	Anual
Ciencias de la conducta III	Cuatrimestral
Salud pública II	Anual
Enfermería Psiquiátrica.	Cuatrimestral
Enfermería geriátrica.	Cuatrimestral

Fuente: Elaboración propia (Orden de 31 de octubre de 1977).

Tabla 8.10: Clasificación de las asignaturas por áreas de conocimientos.

ÁREAS	1º CURSO	2º CURSO	3º CURSO
Ciencias básicas	Biofísica y Bioquímica		
Ciencias médicas	Anatomía y Fisiología	Farmacología clínica y dietética	Farmacología clínica y Terapéutica física
Ciencias de la conducta	Ciencias de la conducta I	Ciencias de la conducta II	Ciencias de la conducta III
Ciencias de la enfermería	Enfermería fundamental	Enfermería médico-quirúrgica I Enfermería materno-infantil	Enfermería médico-quirúrgica II Enfermería psiquiátrica y geriátrica
Salud pública		Salud pública I	Salud pública II
Optativas			

Fuente: Elaboración propia (Orden de 31 de octubre de 1977).

Como podemos apreciar, en nada se parece este plan de estudios a los que hemos estudiado en los capítulos precedentes. En primer lugar, destacaremos que existe por primera vez, el área de conocimientos de enfermería, desde la cual se configuran seis asignaturas.

La asignatura de Enfermería Fundamental estaba estructurada en tres grandes bloques. El primero, correspondía a conceptos de enfermería, e incluía las Teorías de Enfermería, la Historia, Deontología Profesional, Cuidados Básicos y la Metodología enfermera. Por primera vez en España las enfermeras estudian de manera diferenciada los aspectos relacionados con su disciplina y profesión, así como los cuidados enfermeros y la forma de llevarlos a cabo a través de un método. El segundo apartado está constituido por el Ciclo salud-enfermedad, que era, por así decirlo, la introducción de la asignatura de Salud Pública. La última parte estaba configurada por Bioestadística, Administración, Legislación y Pedagogía.

En cuanto a la Enfermería Médico-Quirúrgica constituye la parte curricular más parecida a los estudios anteriores. La importancia de los procesos fisiopatológicos del adulto está demasiado enraizada en la tradición biomédica, para

que las patologías dejaran paso a las nuevas orientaciones en materia de cuidados enfermeros.

Posteriormente, en el B.O.E. de 28 de diciembre de 1990, en el Real Decreto 1667/1990 de 20 de diciembre, se rectifica lo siguiente: el área de conocimiento de la material troncal de Enfermería Geriátrica debe decir solamente Enfermería.

Este fue el programa formativo hasta los años 90, cuando cambió la situación de todos los planes de Estudios, un proceso que analizaremos seguidamente.

En cuanto a la formación del enfermero generalista, analizaremos a continuación los cambios que se van a producir a partir del Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre que presentamos en la tabla 8.11.

Tabla 8.11: Directrices Generales propias, Planes de Estudio, Diplomado en Enfermería.

MATERIAS TRONCALES	CONTENIDOS	CREDITOS			AREA DE CONOCIMIENTOS
		T	P	To	
Admón. Servicios Enfermería	Sistemas de Salud, Planificación y Economía sanitarias y Administración de Servicios de Enfermería.	4	3	7	Enf.
CC. Psicosociales Aplicadas	Aspectos Psicológicos y Sociales de los Cuidados de Enfermería	4	2	6	Enf., Psicología Básica, Psicología Social y Sociología
Enf. Comunitaria. Ecología Humana	Concepto de Salud y Factores que la condicionan, Bioestadística, Demografías aplicadas, Método epidemiológico, Vigilancia epidemiológica, Sistemas de Salud, Tendencias, Atención Primaria de Salud, Diagnóstico y Plan de Salud, Programas de Salud, Educación para la Salud, Morfología y Fisiología de los microorganismos, Infección, Inmunidad, Vacunas y Sueros	13	13	26	Enf., Medicina Preventiva y Salud Pública, Estadística e Investigación Operativa, Microbiología, Inmunología y Parasitología.
Enf. Geriátrica	Teoría del Envejecimiento, Aspectos Demográficos, Sociológicos y Psicológicos del Envejecimiento. Cuidados de Enfermería al anciano sano y enfermo	2	4	6	Enf. y Medicina
Enf. Materno-Infantil	Crecimiento y Desarrollo del niño sano hasta la adolescencia, alteraciones más frecuentes en la etapa más frecuente de la vida. Cuidados de Enfermería en las distintas alteraciones de las necesidades del niño. Reproducción humana, mantenimiento de la salud reproductiva humana, problemas de salud en la reproducción humana. Desarrollo normal de la gestación, parto y puerperio. Alteraciones de la gestación, parto y puerperio. Cuidados de enfermería en la gestación, parto y puerperio normales y patológicos	4	10	14	Enfermería., Pediatría, Obstetricia y Ginecología
Enf. Medico-Quirúrgica	Procesos desencadenantes de las enfermedades. Fisiopatología de las diversas alteraciones de la salud. Necesidades y/o problemas derivados de las patologías más comunes que se presentan en los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano. Tecnología de Enfermería para la atención a individuos con problemas medico-quirúrgicos y Cuidados de Enfermería a individuos con problemas médico-quirúrgicos	12	36	48	Enfermería., Medicina y Cirugía
Enf. Psiquiátrica y de Salud Mental	Salud Mental y modo de vida, Atención de Enfermería de Salud Mental al individuo, familia y comunidad. Aspectos psiquiátricos de los Cuidados de Enfermería.	2	4	6	Enfermería. y Psiquiatría
Estructura/ y función Cuerpo Humano	Citología. Embriología. Histología. Fundamentos de Genético. Estudio anatómico y fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. Principios inmediatos. Biocatalizadores. Oligoelementos. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y biofísica de las membranas, músculos y nervios.	6	2	8	Bioquímica y biología molecular, Biología celular, CC. Morfológicas, Fisiología y Enfermería
Farmacología, Nutrición y Dietética	Acción, efecto e interacciones medicamentosas. Fármacos más comunes empleados en tratamiento de las enfermedades. Necesidades nutricionales y alimentarias en los distintos ciclos vitales. Los alimentos: manipulación y reglamentación. Sustancias nutritivas y no nutritivas. Dieta y equilibrio alimentario. Dietética terapéutica.	6	2	8	Farmacología, Nutrición y Bromatología y Enfermería.
Ftos. Enfermería	Marco conceptual de Enfermería. Teorías y modelos. Metodología de Enfermería. Cuidados básicos de Enfermería	5	7	12	Enf.
Legislación y Ética profesional	Normas legales de ámbito profesional. Códigos deontológicos profesionales y otras recomendaciones éticas.	2	0	2	Enf., Toxicología y Legislación Sanitaria, Filosofía del Derecho, Moral y Política y Derecho Administrativo.

Fuente: Elaboración propia (R.D. 1466/1990).



En 1994, el Real Decreto 1267/1994 de 10 de junio, modifica el Real Decreto 1497/1987, por el que se habían establecido las directrices generales comunes de los planes de estudios y los sucesivos Reales Decretos que aprobaban las directrices generales propias de los mismos. En el caso concreto de la enfermería, hemos visto que el Real Decreto 1466/1990 y modificado por el Real Decreto 1667/1990, de 20 de noviembre, por el que se estableció el título oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudio, se ve modificado en varios aspectos.

En primer lugar, y de acuerdo con las directivas 77/453/CEE y la 89/595/CEE, los planes de estudio conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería determinarán, en créditos, la carga lectiva total. También se incluye como área de conocimiento vinculada a la materia troncal Ciencias Psicosociales Aplicadas, la de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Posteriormente, en 1997 a través del Real Decreto 1561/1997 de 10 de octubre se añade Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología como áreas de conocimientos vinculadas a la materia Enfermería Médico-Quirúrgica. Además, se sustituye Filosofía del Derecho Moral y Política vinculada a la materia troncal Legislación y Ética profesional por las áreas de conocimiento Filosofía del Derecho y Filosofía Moral. El área de conocimiento Toxicología y Legislación Sanitaria queda sustituida por el área de Medicina Legal y Forense, vinculándose a la materia troncal Legislación y Ética Profesional.

Todos estos cambios se producen a partir de la Ley de Reforma Universitaria. Como sabemos, a partir de la L.R.U., la universidad española sufre una serie de cambios. Resumiremos los que afectaron al colectivo de enfermería.

La L.R.U. permite que los Diplomados en Enfermería se presenten a los concursos de profesores y accedan a los puestos de profesores titulares de Escuelas Universitarias, dado que esta ley permitió la creación de los Departamentos de Enfermería. De este modo, en las materias concretas del área de conocimientos de enfermería poco a poco se van incorporando como docentes los Diplomados en Enfermería. Sin embargo, el pleno desarrollo en cuanto a la carrera docente de los profesores enfermeros es impedido, puesto que, como titulación de primer ciclo y título finalista, los Diplomados en Enfermería no pueden aspirar desde

su propia disciplina a ser doctores en la misma. Esto tiene consecuencias graves y serias. Para determinados puestos docentes es imprescindible y se exige como condición indispensable ser doctor. Como sabemos, para ser director de un proyecto de investigación se exige el grado de doctor y para ser catedrático de escuela universitaria también. Además, esta situación no solamente afecta al ámbito académico sino también al ámbito laboral; por ejemplo, para ser gerente de un hospital o de un área de Atención Primaria de salud, al menos, se debe ser licenciado. De esta forma, y sin ningún motivo aparente, los enfermeros tienen las puertas cerradas para su desarrollo laboral, profesional y disciplinar.

Como hemos señalado, en la década de los 90 se han producido una serie de cambios generales en la universidad española. A partir del Decreto de Directrices Generales que hemos visto anteriormente la enfermería modifica los planes de estudios en cada una de las universidades españolas. Veamos con detenimiento el Plan de Estudios actual que se cursa en la Universidad Autónoma de Madrid, concretamente el de la Escuela Universitaria de Enfermería “La Paz”, que nos puede servir como ejemplo y que mostramos en las tablas 8.12., 8.13., 8.14., 8.15. y 8.16.

Tabla 8.12: Carga Lectiva Global Plan de Estudios E.U.E. La Paz.

<b>CRÉDITOS TOTALES</b>	<b>OBLIGATORIOS</b>	<b>OPTATIVOS</b>	<b>LIBRE CONFIGURACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>ECTS</b>
Primer Ciclo	206	5	25	236	
Totales	206	5	25	236	
Primer Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración		
	65	-	10*		
Segundo Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración		
	73	-	10*		
Tercer Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración		
	68	5	5*		

Fuente: Elaboración propia (Resolución de 2 de junio de 1999 UAM).

Tabla 8.13: Primer Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13647	Cuidados de Enfermería	(Tr)	16	Anual
13648	Ecología Humana y Salud Comunitaria	(Tr)	10	Anual
13649	Historia y Fundamentos del Cuidado	(Tr)	10	1
13650	Anatomía Descriptiva	(Tr)	5	1
13651	Bioestadística	(Tr)	5	1
13652	Enfermería Psicosocial	(Tr)	6	1
13653	Fisiología Humana	(Tr)	8	2
13654	Legislación y Ética Profesional	(Tr)	5	2

Fuente: Elaboración propia (Resolución de 2 de junio de 1999 UAM).

Un primer análisis nos muestra que los créditos troncales del primer curso son 65, de los cuales 26 corresponden a las asignaturas del área de enfermería, siendo estas “Cuidados de Enfermería”, “Historia y Fundamentos del Cuidado” representando el 40% de la troncalidad. Lógicamente este porcentaje pone de manifiesto la importancia que por fin se le concede a los conocimientos disciplinares de la enfermería.

Tabla 8.14: Segundo Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13655	Enfermería Médico Quirúrgica I	(Tr)	43	Anual
13656	Enfermería Comunitaria I	(Tr)	8	Anual
13657	Farmacología Clínica	(Tr)	6	1
13658	Psicosociología del Cuidado	(Tr)	6	1
13659	Nutrición y Dietética	(Tr)	5	2
13660	Teoría del Conocimiento	(Ob)	5	2

Fuente: Elaboración propia. (Resolución de 2 de junio de 1999 UAM).

Este curso presenta un total de 73 créditos, de los cuales una sola asignatura, Enfermería Médico Quirúrgica, tiene un peso del 58,9% de la troncalidad. Si bien el cuidado de las personas con problemas de salud en la etapa adulta es muy relevante, nos parece desproporcionado el peso curricular de esta asignatura.

Fuente: 8.15: Tercer Curso E.U.E. La Paz.

<b>CÓDIGO</b>	<b>ASIGNATURA</b>	<b>CARÁCTER</b>	<b>CRÉDITOS</b>	<b>SEMESTRE</b>
13661	Enfermería Médico Quirúrgica II	(Tr)	13	Anual
13662	Enfermería Comunitaria II	(Tr)	10	Anual
13663	Enfermería Infantil	(Tr)	10	Anual
13664	Enfermería Geriátrica	(Tr)	7	1
13665	Pensamiento Crítico y Razonamiento Diagnóstico	(Ob)	5	1
13666	Enfermería Maternal	(Tr)	9	Anual
13667	Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental	(Tr)	7	2
13668	Administración de los Servicios de Enfermería	(Tr)	7	2

Fuente: Elaboración propia (Resolución de 2 de junio de 1999 UAM).

El reparto de los créditos en este tercer curso es más homogéneo; las asignaturas que se cursan se centran en el estudio de las etapas evolutivas del ciclo vital y en grupos específicos de población. Además de abordar el manejo profesional tanto en lo que se refiere a la organización de los servicios de enfermería como a las disposiciones epistémicas desde las cuales estos se llevan a cabo.

Tabla 8.16: Asignaturas Optativas y de Libre Elección Plan de Estudios E.U.E. La Paz.

OFERTA DE OPTATIVAS				
CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13669	Relaciones Humanas en Enfermería	(Op)	5	2
13671	Sexualidad Humana	(Op)	5	1
13672	Cuidados Paliativos	(Op)	5	1
13673	Teorías en Enfermería	(Op)	5	2
13674	Documentación y Sistemas de Información Sanitaria	(Op)	5	2
13675	Terapias Complementarias	(Op)	5	1
13684	Higiene del Movimiento, Salud y Deporte	(Op)	5	2
13683	Expresión Creativa, Dramática y Narrativa para los Profesionales de la Salud	(Op)	5	2

Fuente: Elaboración propia (Resolución de 2 de junio de 1999 UAM).

Como podemos observar en las tablas, el plan de estudios que actualmente cursan los estudiantes en nada se parece a aquellos primeros programas que ya hemos comentado y también contiene cambios respecto al primer plan de estudios universitario. Desde la transformación de los estudios se ha pretendido formar un profesional capaz de prestar cuidados al paciente, familia y comunidad en colaboración con el resto de profesionales del equipo de salud. De esta forma, vemos que actualmente existen asignaturas propias del área de conocimiento tanto en la troncalidad como en la oferta de optativas. Así en primer curso tenemos Historia y Fundamentos del Cuidado y Cuidados de Enfermería, y en tercer curso una asignatura obligatoria de universidad, Pensamiento Crítico y Razonamiento Diagnóstico y, como optativa, Teorías de Enfermería. Esto parece indicar que en este plan de estudios se pretende otorgar la relevancia que tiene el área de enfermería. Sin embargo, si sumamos los créditos de estas asignaturas resultan un total de 36, lo cual representa el 15,25% de la carga lectiva global de la carrera, suponiendo que los alumnos se matriculen de la asignatura optativa de Teorías de Enfermería. Este porcentaje decrece a un 13,13% en los alumnos que no se matriculen de la misma. Por tanto, este diseño curricular, aparentemente garantista

para con las asignaturas propias, nos parece insuficiente. Todavía siguen pesando las asignaturas de corte biologicista y medicalista tradicional frente a otros aspectos del ser humano tan relevantes. Lógicamente las restricciones de las directrices generales, que hemos indicado, nos señalan qué tipo de programas se deben impartir y la necesidad de orientar la carrera hacia la práctica. Sin embargo, la orientación a la práctica no implica necesariamente tener que diseñar un plan de estudios donde el estudiante tiene 56 créditos de la materia Enfermería Médico-Quirúrgica. Esta materia se centra en los problemas de salud de la etapa adulta, mientras que Enfermería Maternal, Enfermería Infantil, Enfermería Geriátrica suman en conjunto 26 créditos. Como sus denominaciones nos indican estas asignaturas se orientan a las otras etapas del desarrollo de la persona y la desproporción que observamos nos inclina a pensar que, en cierta medida, la vertiente patológica del adulto, es más relevante para la autoridad competente, quien decidió las directrices generales del plan de estudios. No obstante, y como sabemos, son las universidades quienes finalmente materializan el programa curricular. Igualmente nos parece insuficiente la orientación hacia la atención comunitaria representando tan solo el 13,59 de la carga de créditos troncales, constituida por las asignaturas de Ecología Humana y Salud Comunitaria, y Enfermería Comunitaria I y II. Por otra parte, el área de psicosocial es también deficitaria, en nuestra opinión, ya que el porcentaje asignado en la troncalidad supone el 2,22% del total. Ahora bien, hay que añadir que existe en la oferta de optatividad, una asignatura las Relaciones Humanas en Enfermería.

A pesar de las insuficiencias que hemos mencionado, este plan es novedoso en la optatividad, si lo comparamos con el de otras universidades. Así, las asignaturas de Sexualidad Humana, Terapias Complementarias y Expresión Creativa, Dramática y Narrativa, brindan la oportunidad a los alumnos de estudiar contenidos y enfoques muy distintos al modelo tradicional. También debemos mencionar como novedad la asignatura de Teoría del Conocimiento, que ofrece la oportunidad de introducir a los alumnos en la metodología de la investigación, muy pocos centros de enfermería ofertan una asignatura similar.

Otro aspecto singular de la formación en enfermería se refiere a las prácticas clínicas. Recordemos que desde los inicios de la formación reglada, las prácticas

han sido de vital importancia. El saber hacer era lo relevante, en detrimento, quizás, de saber el qué y el para qué de la actividad. Todavía los alumnos hoy tienen un problema a la hora de llevar a cabo el aprendizaje clínico, ya que el equipo sanitario no ha asumido plenamente las nuevas líneas de actuación profesional. Diversos factores inciden en perpetuar una praxis dependiente del estamento médico y, donde se otorga mucha importancia a ser resolutivo desde el inicio de la formación. La integración docencia-asistencia fue un tema que durante las décadas de los ochenta y comienzos de los noventa aparecía reflejado en diversos foros profesionales y en numerosos trabajos (ver. entre otros, Harto, 1992; García, Mompart y Purto, 1992). No obstante se han llevado a cabo numerosos esfuerzos para acercar los nuevos enfoques a la práctica asistencial. Vamos a mostrar dos experiencias sobre el particular. Así, por ejemplo, en Madrid, en noviembre de 1986, dos asociaciones, la Asociación Española de Enfermería Docente y la Asociación de Enfermería de Madrid, organizan el taller seminario “Aspectos legales de la enseñanza práctica de la enfermería”. La finalidad no era tanto el tema legal sino más bien reflexionar sobre el aprendizaje práctico de los estudiantes y cómo se debería llevar a cabo la enseñanza. Nueve años después de la implantación del plan de estudios de diplomado en enfermería, se debatía la posibilidad de mejorar la educación práctica de los futuros profesionales. Se trataba de debatir si los A.T.S. que no habían homologado su título estaban capacitados para enseñar a los alumnos y también si era pertinente que la evaluación del aprendizaje clínico se llevase a cabo por los miembros del equipo enfermero, o si era más oportuno que un profesor asociado fuese el único responsable de la evaluación. Estas cuestiones tan debatidas entonces siguen siendo actuales. En su aprendizaje clínico en los hospitales los estudiantes de enfermería se integran dentro del equipo enfermero. Dado que las enfermeras tienen turnos de día y noche, días libres, etc., los estudiantes durante su rotación en una unidad durante un mes pueden llegar a estar, por ejemplo, con 4 o 5 enfermeras distintas, cada una de las cuales puede tener su propio criterio docente. De esta forma el alumno de enfermería es tutelado por un número importante de profesionales, que no siempre comparten su visión de la enfermería, su ejercicio, etc.

Otro evento que ejemplifica la dicotomía docencia asistencia y la importancia de evitarlo fue la Jornada Intrahospitalaria “Cuidados: de la Teoría a la Práctica”,

celebrada en el Hospital Universitario La Paz de Madrid en marzo de 2002. La Directora de Enfermería Cristina Cuevas en su intervención defiende que:

*“Sin un marco de referencia uno no puede apuntar a ninguna parte, e indudablemente, es perfectamente posible ligar la teoría y la práctica. No son incompatibles (...) Así, sin olvidar en ningún momento que el enfermo es el eje de la atención de la Enfermería, y a fin de unificar criterios de actuación y poder trabajar de forma focalizada sobre aspectos problemáticos, más de trescientas profesionales llevan estudiando, identificando y validando, desde 1995, aspecto por aspecto los problemas más habituales relacionados con su ámbito de trabajo (...) La Escuela Universitaria de La Paz ha impartido cursos sobre metodología de trabajo desde 1995, y ha sido ahí donde se han ido identificando los problemas relacionados con la hospitalización. Las enfermeras docentes han llevado a cabo la elaboración del método de trabajo más adecuado de acuerdo a los resultados obtenidos; y la Enfermería asistencial es la que está poniendo en práctica, de manera uniforme, el modelo establecido” (pp. 8-9).*

En esta Jornada se expusieron los trabajos realizados por las enfermeras del hospital relacionados con la metodología de trabajo bajo la perspectiva oremniana. De esta forma, desde la dirección de este hospital se hace patente el interés de la organización para hacer visible la contribución de la enfermería a la atención a la salud.

Hacer visible a la enfermería más allá de lo doméstico ha sido problemático, como hemos podido ir viendo a lo largo de esta tesis. Sin embargo, esta profesión, pese a los obstáculos que una y otra vez le impiden gozar de un pleno desarrollo profesional, tanto académico como laboral, no se ha agotado y una y otra vez comienza nuevamente a solicitar un margen de desarrollo justo. En el apartado siguiente analizaremos el discurrir de la formación de especialistas en esta etapa de la enfermería española universitaria.

### **4.3. Las especialidades.**

Empezaremos este apartado señalando que, como viene siendo habitual en la formación enfermera en España, en esta etapa y, en lo que se refiere a la formación



de enfermeros especialistas, nuevos impedimentos por parte del legislador retrasarán las posibilidades de formación de estos profesionales y, por tanto, la contribución específica de atención a la población. No nos cabe ninguna duda sobre la opinión que de este colectivo profesional tiene el legislador, ya que las especialidades pactadas no han sido desarrolladas hasta este momento.

Paradójicamente, y por un lado, se establece un curso para aumentar los conocimientos de los A.T.S., y por otro, en el ejercicio profesional llevado a cabo en las instituciones sanitarias, las competencias de A.T.S., Enfermeras y Diplomados en Enfermería se equiparan, es decir, las funciones que iban a desarrollar los nuevos Diplomados en Enfermería eran exactamente las mismas que estaban llevando a cabo los Ayudantes Técnicos Sanitarios, cuestión que se reitera en la tradición de la enfermería española; en el capítulo siete hemos estudiado que también se homologaron las competencias profesionales de las enfermeras, practicantes y matronas por las de A.T.S.

Otra cuestión que no deja de sorprendernos es la especialización de estos nuevos profesionales; veamos por qué. La Orden Ministerial de 9 de octubre de 1980 establece que los Diplomados en Enfermería pueden cursar las especialidades reguladas para los A.T.S. (recordemos que éstas eran: Matrona, Fisioterapia, Análisis Clínicos...), ¿cómo es posible que se establezca una formación de especialista para unos universitarios asentada sobre un modelo educativo no universitario?

Esta situación incomprensible para el colectivo de enfermería dio lugar a numerosos estudios llevados a cabo por las asociaciones profesionales y dirigidos al Ministerio de Educación y Ciencia. La respuesta que obtuvieron fue negativa. En nuestra opinión esta situación era jurídica y académicamente absurda y dio paso a configurar un sistema peculiar y atípico “de ordenación académica”.

Debieron estos profesionales esperar hasta el año 1987, cuando el Real Decreto 992/1987 de 3 de julio reguló las especialidades para el Diplomado en Enfermería y la obtención del título de enfermero especialista. Las nuevas especialidades aprobadas fueron las siguientes: Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería Obstétrico-

Ginecológica (Matrona), Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería. Pero nuevamente los enfermeros no podrán formarse y aparecen conflictos puesto que, si bien estas especialidades estaban reguladas, pasan los años y no entra en vigor ninguna de ellas.

Una vez más tendrán que esperar hasta 1992, año en el que, y tras una serie de sanciones de la Comunidad Europea al gobierno de España por no haber especialistas en el área obstétrica, el gobierno promulga la Orden de 1 de junio de 1992 por la que se aprueba con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). No nos cansaremos de repetir las demoras que este colectivo profesional padece una y otra vez. Han pasado quince años desde que la enfermería consiguió un nuevo Plan de Estudios con título de Diplomado en Enfermería (de primer ciclo universitario), título finalista conducente al ejercicio profesional como Enfermero Generalista. La única forma de desarrollo profesional, desde el plano educativo, es la especialización. Sin embargo, esto parece no haber interesado nunca ni al Ministerio de Educación ni al Ministerio de Sanidad. Como ya hemos mencionado, la especialidad de Asistencia Obstétrica-Ginecológica fue la primera y única regulada durante varios años más. Pasemos ahora a señalar los rasgos más característicos de esta especialidad.

En primer lugar, señalar que está estructurada en dos años de formación con un total de 3600 horas, de las cuales 1190 son teóricas y 2410 prácticas. Los requisitos establecidos impedían simultanear esta formación con cualquier otra actividad que supusiese incompatibilidad horaria o disminución de las actividades comprendidas en el programa. El ingreso de los aspirantes era (y es actualmente) articulado a través de un examen a nivel nacional. La primera convocatoria para la prueba selectiva se realizó en 1993. Veamos ahora el Plan de Estudios en la tabla 8.

17.

Tabla 8.17: Programa Formación Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

DENOMINACIÓN DE LA MATERIA	NÚMERO DE HORAS		
	TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL
Educación para la salud de la mujer	30	20	50
Legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica	20	10	30
Enfermería maternal y del recién nacido I	410	830	1.240
Enfermería maternal y del recién nacido II	360	830	1.190
Teoría y Método en Enfermería	20	-	20
Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológicos (Matrona)	20	20	40
Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	40	20	60
Enfermería de la mujer y la familia	290	614	904
Total	1.190	2.344	3.534

Fuente: Elaboración propia (Orden de 1 de junio de 1992).

La formación de los especialistas se realiza en las **Unidades Docentes** coordinadas por las Escuelas Universitarias de Enfermería. Esto quiere decir, que cuando salió el Decreto hubo una cierta confusión, ya que las especialidades no otorgan rango académico. Las unidades docentes están configuradas por los centros sanitarios acreditados para la formación de especialistas (hospitales y centros de salud) de la red pública del Servicio Nacional de Salud y una escuela de enfermería. La misión de la escuela es la coordinación de las enseñanzas, tanto teóricas como clínicas. La gestión académica ordinaria es responsabilidad de la directora o director de la Escuela; además existe la figura de un jefe de estudios o coordinador. El órgano directivo de las unidades docentes está constituido por la dirección de la Escuela de Enfermería, que es la responsable de la Unidad Docente, un Jefe de Estudios y la Comisión de Docencia.

El acceso para cursar las especialidades se lleva a cabo a través del sistema MIR; se trata de un sistema de selección a nivel nacional que consiste en un examen tipo test sobre contenido de información básica; dependiendo del número que se alcance en el examen se elige la especialidad deseada y el lugar donde se desee realizarla. En este caso el nombre que reciben los profesionales con plaza ganada en el concurso es "Enfermeros Internos Residentes" (E.I.R.). Durante los dos años el

residente está contratado por el Servicio Público de Salud, concretamente la relación contractual se establece con un hospital.

El Ministerio de Educación y Ciencia es el encargado de dictar las Directrices Generales Propias de cada una de las especialidades, lo que quiere decir que para cada una de las siete especialidades de los DUE tiene que publicar las materias tróncales y en qué condiciones hay que hacer la especialidad. También se debe constituir por cada una de las siete especialidades una Comisión Nacional de Especialidad y para controlar el desarrollo de las mismas se hace mención a la creación de un Consejo Nacional de Especialidades. El cometido es el asesoramiento a los distintos ministerios sobre los contenidos que debe tener una especialidad, sobre el número de profesionales especialistas necesarios en el país, y también sobre las competencias profesionales. Esto será llevado a cabo por la Comisión Nacional de cada una de las especialidades, que estarán coordinadas por el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería.

En cualquier caso, la única formación como ampliación de conocimientos que puede realizar la enfermera dentro de su campo profesional son las especialidades. Éstas no tienen rango académico, es decir, un Diplomado en Enfermería y una matrona tienen el mismo rango; la matrona por haber hecho una especialidad no tiene mayor nivel académico. Si quiere acceder al segundo y tercer ciclo tiene que iniciar de nuevo el camino comenzando otra carrera.

Nuevamente, tuvieron que pasar años hasta que la Orden Ministerial de 24 de junio de 1998 desarrolló con carácter provisional el programa formativo de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. El programa tiene una duración de un año a tiempo completo mediante el sistema de residencia. El Plan de Estudios se muestra a continuación en la tabla 8.18.

Tabla 8.18: Programa Formativo Especialidad Salud Mental.

MATERIAS	AT. COMUNITARIA	AT. ESPECIALIZADA	TOTAL
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica I	175 horas	75 horas	250 horas
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica II	315 horas	135 horas	450 horas
Enfermería Psicosocial I	100 horas	50 horas	150 horas
Enfermería Psicosocial II	245 horas	105 horas	350 horas
Educación para la Salud Mental	44 horas	26 horas	70 horas
Ética y Legislación de Enfermería de Salud Mental			45 horas
Administración de los Servicios de Salud Mental	43 horas	17 horas	60 horas
Investigación en Enfermería de Salud Mental			270 horas
Actividades de formación teórica		10 horas semanales, un total máximo de 460 horas y un mínimo de 428 horas	

Fuente: Elaboración propia (Resolución de 24 de junio de 1998. Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura).

Hasta el momento actual sólo han sido implantadas las dos mencionadas especialidades en enfermería. De ahí nuestra extrañeza respecto a la orden del año 2003, que hemos señalado en el apartado sobre el Curso de Nivelación.

La legislación vuelve a variar en el año 2005 a través del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril y las especialidades de enfermería quedan como siguen: 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. El cambio de denominación que se lleva a cabo lo es en todas aquellas que nunca han sido implementadas.

Resumiendo lo que hemos señalado hasta ahora acerca de la enfermería en esta etapa universitaria, podemos afirmar que:

1. Los estudios de enfermería se integran en el año 1977 en la universidad.
2. No se regulan las especialidades propias de los DUE.

3. Los Diplomados en Enfermería tienen que cursar las especialidades de los ATS.
4. Diez años más tarde de la implantación de la formación universitaria, es cuando salen reguladas las especialidades de los DUE.

Veamos qué otras alternativas han seguido los enfermeros españoles para poder autogestionar su formación y acceder a los puestos de mayor responsabilidad en el sistema sanitario.

#### **4.4. Estrategias para la implementación de la Educación Superior en Enfermería.**

##### ***Otras Licenciaturas***

Digamos que esta opción fue la adoptada por un buen número de enfermeros españoles, ante la imposibilidad de poder desarrollarse profesionalmente en el ámbito académico de la enfermería. Esta estrategia ha sido llevada a cabo por el grupo profesional más sensible a la formación superior. De esta forma los enfermeros han estudiado otras carreras (sobre todo Historia, Sociología, Psicología y, en los últimos tiempos, Antropología Social y Cultural) que les otorgasen el rango académico que desde la enfermería, en España, no se podía obtener. Las primeras enfermeras que optaron por esta solución se matricularon, sobre todo, en Psicología y en Sociología. Cuando la duración de la mayoría de las licenciaturas pasa a ser de cuatro años, a estas dos opciones se añade Historia. Finalmente, cuando se aprueban las licenciaturas de segundo ciclo, a las que se puede acceder desde una diplomatura, la Antropología Social y Cultural se ha convertido en la opción preferente. Desde estas titulaciones, algunos enfermeros (lamentablemente pocos) han decidido optar al título de doctor.

De esta forma fue posible planificar y dirigir otras alternativas de formación más avanzada, como los títulos propios y diplomas superiores, si bien estos no confieren reconocimiento a nivel estatal. A finales de los 90, y después de debatir, fundamentar y dirigir a las autoridades competentes en materia de educación la pertinencia de una formación superior en enfermería, se pone en marcha formalmente desde las escuelas una estrategia para demostrar a las autoridades que es posible y rentable este tipo de formación.

## **Títulos propios**

En el curso académico 1997/1998 la Universidad de Alicante lleva a cabo una experiencia que posteriormente fue seguida por otras universidades; nos estamos refiriendo a un Título Propio en Enfermería Avanzada. El segundo ciclo en Enfermería fue puesto en marcha en las universidades de Huelva, Rovira y Virgili de Tarragona, Lérida, Almería, Internacional de Cataluña, Autónoma de Madrid y Zaragoza. Asimismo, la Universidad de San Antonio de Murcia desarrolló un Título Propio de Enfermería, aunque la troncalidad del mismo no coincidía con la que desarrollaron el resto de los Planes de los Títulos Propios de las otras universidades. Veamos a continuación cómo se fundamenta la pertinencia de estos estudios en la Universidad Autónoma de Madrid (VV.AA., 2000).

*“Las enseñanzas propias de la Universidad permiten a esta responder de manera ágil y eficaz a las demandas sociales de formación, tanto general como especializada o profesional, complementar el conjunto de enseñanzas curriculares oficiales y realizar una oferta docente y formativa avanzada, flexible y con un perfil propio.*

*La inexistencia de un Título oficial de Segundo Ciclo de ámbito estatal, que permita a los profesionales enfermeros profundizar y desarrollar el cuerpo de conocimiento propio de la enfermería, es uno de los motivos que justifica la necesidad de este Título Propio. Si, bien, la demanda social y profesional que es preciso cubrir viene determinada por tres circunstancias fundamentales:*

- *El desarrollo de la asistencia sanitaria y sus nuevas demandas y necesidades dentro del sector sanitario, tanto público como privado, está requiriendo de expertos en administración y gestión de recursos económico, humanos y materiales, exigiendo de las enfermeras/os la adquisición de estos conocimientos para poder seguir desempeñando los cargos directivos de los que, hasta la fecha, es responsable.*
- *Los avances en el mundo de la información y la comunicación han generado una transformación en los métodos pedagógicos y formativos, función que realizan los profesionales enfermeros tanto en el campo asistencial como en el de la enseñanza universitaria, por lo*

*que es preciso acercar al mundo profesional en conocimiento de estos métodos para poder abordar la formación con seguridad y eficacia.*

- *Además, las enfermeras/os han de completar su formación investigadora desde la experiencia de la práctica asistencial, con el fin de ampliar y mejorar los servicios de cuidados que dispensan a la sociedad y permitir el flujo enriquecedor entre las demandas asistenciales y los trabajos de investigación enfermera” (pp. 3-4).*

Como estamos señalando en este apartado, las enfermeras docentes no estaban dispuestas a permitir que se escapase la formación superior y así, tras grandes debates, en marzo de 1997 se elabora el primer documento de consenso entre todas las Escuelas de Enfermería: la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales (CNDEEE) hace llegar al Consejo de Universidades un documento que recoge la propuesta de Directrices y Plan de Estudios de Segundo Ciclo en Enfermería. A partir de éste Informe varias universidades españolas empiezan a ofertar este 2º ciclo como título propio.

En 1999 la Conferencia de Directores de Escuelas Universitarias de Enfermería elabora una propuesta para el desarrollo de los estudios de Enfermería de Segundo Ciclo, consensuada con las asociaciones profesionales y presentada al Consejo de Universidades para su estudio. Entre enero y marzo del año 2000 se elabora un documento para impulsar la Licenciatura, firmado por el Consejo General de Enfermería de España, el Sindicato Profesional (S.A.T.S.E.), la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (A.N.D.E.), Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.) y la Conferencia de Directores de Escuelas de Enfermería.

En Enero de 2000, habiendo recibido también la solicitud de una Licenciatura en Fisioterapia por parte de la Conferencia Nacional de Escuelas de Fisioterapia, el Consejo de Universidades inicia los trabajos para el desarrollo de una Licenciatura única en Ciencias de la Salud que incorpora el acceso de las Diplomaturas en Enfermería, Fisioterapia, Podología, Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional y Óptica y Optometría.



En el mes de Noviembre de 2000 la Subcomisión Académica de Ciencias Experimentales y de la Salud del Consejo de Universidades presenta un Informe Técnico sobre "Creación de un Título de Segundo Ciclo en materia de Ciencias de la Salud". Las líneas básicas de este informe se basan en la propuesta del Plan de Estudios que en su día presentó la C.N.D.E.E.E.: mantienen las materias troncales de corte no específico de enfermería y retiran de dicho plan las materias específicas de enfermería.

La Conferencia Nacional de Escuelas de Enfermería presenta ante el Consejo de Universidades un nuevo Informe denominado "Documento de trabajo sobre la Licenciatura en Ciencias de la Salud", como respuesta al informe técnico de la Subcomisión Académica de Ciencias Experimentales y de la Salud. En este documento se argumenta una vez más la necesidad de avanzar en el proyecto de la Licenciatura en Enfermería y se propone la creación de ramas especializadas de la supuesta licenciatura común con asignaturas troncales diferentes según la diplomatura de procedencia.

Por su parte, la Conferencia Nacional de Escuelas de Fisioterapia presenta un Plan de Estudios de Segundo Ciclo en la línea propuesta por el Informe Técnico del Consejo de Universidades, pero insistiendo, igual que enfermería, en la necesidad de diversificar propuestas según estudios previos.

El 30 de Mayo de 2001 ambas Conferencias, Escuelas de Fisioterapia y Escuelas de Enfermería, firman un acuerdo de apoyo mutuo para impulsar las gestiones del Consejo de Universidades en el Proyecto de Licenciatura en Ciencias de la Salud.

Todos estos esfuerzos fueron infructuosos para las enfermeras españolas, ya que en la reunión de septiembre de 2001 no se trató el tema en el Consejo de Universidades. En noviembre de 2001 aparece una propuesta del grupo de trabajo de Ciencias de la Salud de la Subcomisión de Ciencias Experimentales y de la Salud del Consejo de Universidades. Finalmente esta propuesta no prosperó. Tenemos que decir al respecto que los rectores de las universidades españolas estaban divididos, aunque la mayoría no tenía una opinión muy favorable. La enfermería

española, en nuestra opinión, no ha sido tratada adecuadamente por las máximas autoridades académicas.

El camino que ha recorrido la enfermería para su integración en la universidad y para tener derecho a una educación superior no ha sido sencillo, ya que el 1 de julio de 2004 llegó al Pleno del Consejo de Coordinación Universitaria la Propuesta de Licenciado en Ciencias Sanitarias que nació de la Titulación Superior en Enfermería de 1998, para su aprobación e implantación como titulación oficial. En dicho pleno, las autoridades académicas valoraron como más pertinente que esta propuesta fuera pospuesta al siguiente curso y adaptada a la nueva legislación en forma de *Master*. Una vez más, no nos cansaremos de reiterar la indefensión que ha padecido este grupo, tan imprescindible para la ciudadanía de este país. Tiene que llegar el año 2006 para que la enfermería obtenga un camino para seguir una educación superior. Pero vamos a ver que ha sucedido en este intervalo de tiempo.

Como sabemos, en el mes de febrero de 2003 el Ministerio de Educación, señaló en un documento marco, los pasos y recomendaciones que debían seguir las universidades españolas con el objetivo de alcanzar la convergencia, prevista para el año 2010, en materia de titulaciones.

La enfermería participó en el proyecto para el diseño del título de grado subvencionado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (A.N.E.C.A.) en su segunda convocatoria. El proyecto, consensuado y auspiciado por la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería (C.N.D.E.E.) y refrendado por el Consejo General de Enfermería, se presentó a la II Convocatoria de Ayudas para el Diseño de Planes de Estudio de Grado, promovida por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (A.N.E.C.A.). Fue aprobado en enero de 2004 con la participación de 41 Universidades (82%) y coordinado por las Universidades de Zaragoza y Barcelona.

Posteriormente a su aprobación se incorporaron 6 universidades, lo que hace un total de 47 Universidades. La Universidad Autónoma de Madrid (U.A.M.) participó en este proyecto a través de las cinco escuelas adscritas (La Paz, Puerta de Hierro, Comunidad de Madrid, Fundación Jiménez Díaz y Cruz Roja), siendo designada

como delegada del Rector para los asuntos de la Convergencia Europea la profesora Carmen Sellán Soto (Escuela Universitaria de Enfermería “La Paz”).

La enfermería tiene su Libro Blanco de la titulación, ha pasado la fase de enmiendas ante la propuesta ofrecida por el Ministerio de Educación, ha habido acuerdo por parte de todos los colectivos enfermeros y está a la espera de que el Ministerio de Educación saque a la luz las primeras diecisiete titulaciones adaptadas a la normativa europea y dentro de las cuales se encuentra la enfermería.

El diseño curricular se establece en 280 créditos; esperamos que por fin este grupo profesional obtenga la recompensa esperada. La educación superior y su correspondiente autonomía en la prestación del cuidado en las instituciones sanitarias.

Para finalizar este apartado decir que en el actual curso académico 2006/2007 se han implantado en nuestro país, toda vez que, por Resolución de 22 de junio de 2006, se aprueban los nuevos programas oficiales de posgrado y, esta vez sí, la enfermería ha podido contar con el beneplácito de la administración y, por consiguiente, aquellos títulos propios de formación superior se han reconvertido en los actuales *Masters* en Ciencias de la Enfermería. Así, se han implementado estos estudios en las siguientes universidades: Universidad de Alicante, Universidad de Rovira y Virgili y Universidad de Lleida. Además, en la Universidad Complutense de Madrid se oferta el *master* de Investigación en cuidados y, en la Universidad Europea de Madrid un posgrado con tres itinerarios distintos: *master* en cuidados sociosanitarios y paliativos, *master* en urgencias, emergencias y críticos y el *master* en Educación y gestión en enfermería.

Sin embargo, estos logros formativos alcanzados en los últimos veintiocho años por la enfermería española son sólo un pequeño oasis, ya que la realidad del colectivo en el ámbito asistencial sigue siendo precaria. Las resistencias todavía no han sido doblegadas.

## **5. La regulación del ejercicio profesional del Diplomado en Enfermería.**

Los cambios formativos que hemos señalado van a dar lugar a que en el ámbito profesional se obtengan algunos logros. Veremos, en primer lugar, los cambios generales que se producen en la organización del sistema sanitario español, y, en segundo lugar, el modo en que estos cambios incidieron sobre el ejercicio profesional de los profesionales de la enfermería.

### **5.1. El desarrollo reciente del sistema sanitario.**

Como sabemos, la transición política que se vivió en España en los finales de los setenta trajo como consecuencia cambios significativos en todos los ordenes sociales. En este apartado estudiaremos las sucesivas reglamentaciones que en materia de salud van a influir en el ejercicio profesional de la enfermería.

Recordemos que el origen del sistema sanitario público español lo encontramos en los seguros sociales obligatorios que se instauraron a principios del siglo XX, concretamente en 1900 y se organizaron a partir de 1919. Estos seguros se limitaban a cubrir los estados de necesidad e infortunio de los trabajadores y su modelo de funcionamiento estaba muy cercano al de los seguros privados.

El tránsito de los seguros sociales (o mutualismo obrero) al sistema de Seguridad Social supuso el cambio de un régimen de protección de los trabajadores para determinados riesgos sociales a otro más amplio y solidario, en el que, además de cubrir un determinado riesgo social, se implantaron diversas medidas preventivas y recuperadoras, mientras que el principio de solidaridad, a nivel nacional, se va instaurando progresivamente.

La evolución de un sistema a otro se inició con la Ley 193/1963, de Bases de la Seguridad Social, y culminó con la entrada en vigor de su texto articulado, aprobado mediante Decreto 907/66, de 21 de abril, que fue refundido en el año 1974 y que ha estado vigente hasta el actual texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. En lo relativo a la gestión de la sanidad, el paso de un sistema a otro significó la creación de un patrimonio único de titularidad pública gestionado por

diversas entidades gestoras, como el Instituto Nacional de Previsión (INP) y otras gestoras de estructura mutualista.

Años más tarde, concretamente mediante Real Decreto de 4 de julio de 1977, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (hoy Ministerio de Sanidad y Consumo) y en 1978 se simplifica y racionaliza la gestión de la Seguridad Social. A tal efecto se dicta el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, que supuso la desaparición del INP y otras mutualidades y la creación, entre otros órganos, del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) como órgano gestor de las funciones correspondientes al Estado en materia de salud.

También en 1978 se promulgó la Constitución Española (CE) que, de forma definitiva, configuró el sistema sanitario como un derecho constitucional que comprende un conjunto de prestaciones no contributivas para todos los ciudadanos; un sistema basado en los principios de solidaridad, universalidad y equidad. Así se desprende de algunos de sus artículos, como el 41, según el cual los poderes públicos están obligados a mantener “un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad” y el 43, que reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiente a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Pero la organización territorial y política descentralizada del Estado, propugnada y defendida desde el propio texto constitucional, concretamente en su artículo 2 y Título VIII –que prevé y reconoce qué competencias pueden asumir las CC.AA. (artículo 148.1) y cuáles puede asumir de forma exclusiva el Estado (artículo 149.1)-, ha sido también decisiva en la configuración del sistema sanitario. En este sentido, el artículo 149.1.16ª y 17ª de la CE atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre “las bases y coordinación general de la sanidad, la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios para las Comunidades Autónomas”.

En consonancia con lo anterior, la competencia en materia de sanidad y seguridad social está compartida entre el Estado (que es el competente para todo aquello que sea coordinación, legislación básica y régimen económico de la

Seguridad Social) las comunidades autónomas, que pueden asumir el desarrollo legislativo de la legislación básica del Estado y la gestión de los servicios de seguridad social.

El modelo sanitario descentralizado perfilado por el texto constitucional empezó a cobrar efectividad con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que el Sistema Nacional de Salud (SNS), compuesto por el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de las comunidades autónomas.

La Reforma Sanitaria se vislumbra desde 1978, cuando se presenta en la Dirección General de Asistencia Sanitaria acompañada de un Programa de Proyectos y acciones en materia de salud para el cuatrienio 1979-1982 y el borrador de una posible Ley de Sanidad que acoja los principios básicos que sustentan las propuestas planteadas por la reforma. En Abril de 1979 se crea la Secretaría de Estado para la Salud, y su titular, D. José M<sup>a</sup> Segovia de Arana, elabora un nuevo documento titulado *Líneas Generales de Reforma Sanitaria*, basado en las propuestas del estudio anterior, y que será evaluado por el titular del Ministerio, D. Juan Rovira Tarazona. A partir del mes de junio comenzará el proceso legislativo. Finalmente, en mayo de 1980 será aprobada la propuesta en el Congreso y a partir de aquí se comienza de la Reforma Sanitaria (ver Evangelista, 1981).

Conviene recordar que este proceso de elaboración del documento que recoge la propuesta de Reforma Sanitaria coincide en el tiempo con el nacimiento del Instituto Nacional de la Salud, como Entidad gestora de la Seguridad Social para la gestión y administración de sus Servicios Sanitarios. Cuando en 1980 se inició el proceso de Reforma Sanitaria se daba por hecho que en un futuro inmediato se aprobaría una ley de Sanidad que constituiría el marco legal de obligada y necesaria referencia para todo el proceso de transformación que debía tener lugar. El propio documento elaborado entonces indicaba que la reforma debía concluirse en no más de ocho años para que los supuestos en que se había basado no perdieran su validez.

La realidad fue que la Ley Básica se retrasó y el INSALUD se vio obligado a instrumentar medidas que facilitasen la aplicación de la reforma. En el campo de la

Atención Primaria esta regulación tiene lugar tanto en el ámbito legislativo general (Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud <sup>III</sup>) como a través de medidas funcionales (cita previa, libre elección de médico, desplazamiento de especialistas, etc.).

En el ámbito hospitalario el INSALUD publica en 1984 el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria (ver Gutiérrez y Ojeda, 1984), donde recoge las medidas destinadas a introducir el factor empresarial en la gestión hospitalaria, facilitar la futura aplicación de la reforma sanitaria y mejorar la calidad asistencial. La puesta en marcha de la reforma sanitaria se enfrenta en el caso de los hospitales con una importante dificultad, que no tuvo la Atención Primaria, la existencia de una estructura y un sistema de trabajo previos.

La estructura tradicional hospitalaria era marcadamente paternalista, centrada alrededor de la figura del Jefe de Servicio, quien gestionaba los recursos materiales y humanos de “su servicio” con grandes dosis de autonomía. Un sistema de trabajo individualizado, respaldado por la fuerte jerarquización imperante en la época (política, social, familiar,...) y el control personalizado.

La Atención Primaria es una novedad dentro del Sistema Sanitario, mientras que los hospitales se enfrentan a un sistema de trabajo anclado en la tradición. El nuevo sistema de gestión se introduce muy lentamente en el sistema hospitalario aunque trata de ir respondiendo gradualmente a cada uno de los objetivos propuestos.

En lo relativo a los denominados “requisitos previos” necesarios para poner en marcha el nuevo modelo de gestión, la ordenación territorial y hospitalaria pueden considerarse objetivos alcanzados; sin embargo, la coordinación con la Atención Primaria sigue siendo hoy en día asignatura pendiente del Sistema Nacional de Sanidad en muchos aspectos, como lo es la integración de los Servicios de Urgencias en un sistema único ágil y eficaz.

## **5.2. El ejercicio de la enfermería en el nuevo sistema de salud**

En este apartado analizaremos las condiciones que han permitido desarrollar a la enfermería formas nuevas o diferentes en su actividad laboral. Estudiaremos

también nuevos conflictos, en este caso, y sobre todo, con el grupo de Auxiliares de Enfermería y con los Técnicos Especialistas.

La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social fue un hecho importante para la enfermería, ya que en 1978 se creó el Servicio de Enfermería perteneciente a la Dirección de Asistencia Sanitaria dentro del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. De esta forma está asegurada la presencia de la profesión en la institución sanitaria más importante del país.

En los años 80 una serie de disposiciones legales que señalaremos a continuación fueron dando paso a una estructura sanitaria diferente. Así, el Real Decreto de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud realiza un cambio paradigmático en la atención a la población. De este modo, se articula la zona de los centros de salud y los equipos de Atención Primaria. Este último punto es de extraordinaria importancia para la enfermería puesto que las actividades que van a llevar a cabo las enfermeras dentro del equipo (como las que en la actualidad están realizando) suponen un giro hacia la autonomía profesional.

Posteriormente, la Orden de 28 de marzo de 1984 va a regular el Sistema de Provisión de plazas en los equipos de Atención Primaria. Con respecto a las enfermeras cuyo ejercicio profesional lo desempeñan en el hospital la Orden Ministerial de 14 de junio de 1984 modifica el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario titulado y Auxiliar de Clínica, incluyendo las competencias para los técnicos especialistas de Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear y Radioterapia, quienes tienen una Formación Profesional de Segundo Grado de Rama Sanitaria. En esta misma Orden señala que los A.T.S. y los Auxiliares de Clínica y Diplomados en Enfermería que en ese momento ejerciesen su actividad en esas áreas (Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear y Radioterapia) conservarán su puesto de trabajo. La llegada al sector sanitario de estos técnicos especialistas fue conflictiva, debido al peligro que suponía la pérdida de puestos de trabajo, en las áreas antes señaladas, por parte de los profesionales que hasta ese momento desempeñaban en ella su actividad. La intranquilidad que se generó a partir de esta situación ha dado como resultado que en el momento actual sea mínimo el número de enfermeros y auxiliares de enfermería que ejercen profesionalmente en estas áreas.



Posteriormente, la Orden de 28 de febrero de 1985 modificó los Órganos Directivos de los hospitales. Desde este momento, la estructura es como sigue: el hospital está dirigido por un Gerente y existen, al menos, tres divisiones: la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Gestión y Servicios Generales. Esta nueva estructura fue todo un hito para la enfermería española puesto que, a nivel de organigrama, la dirección médica y la de enfermería están al mismo nivel. Estos cambios se llevaron a cabo en los hospitales de Instituto Nacional de la Salud.

La nueva Ley General de Sanidad o Ley 14/1986 de 25 de abril de 1986 va a repercutir favorablemente, en primer lugar, en la ciudadanía y, en segundo lugar, en la enfermería. Posteriormente, por el Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de tal modo que en las nuevas Direcciones Generales que se crean paulatinamente los enfermeros ejercerán en puestos de asesoría fundamentalmente. Más adelante, en 1987, el Real Decreto 521/1987 de 15 de abril, aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, y en él se adscriben a la División de Enfermería las Salas de Hospitalización, Quirófanos, Unidades Especiales, Consultas Externas y Urgencias. Sin embargo, siguen en vigor las funciones profesionales asignadas en el Estatuto de 1973 y esto hace que nos preguntemos cómo se conjuga con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003. Como sabemos, en ella se desarrolla el ejercicio de las que se han considerado profesiones sanitarias. En el caso concreto de la enfermería, en el Título I, artículo 7, apartado 2, define que: *“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”*.

Por otra parte, la Ley 55/2003 de 16 de diciembre sobre el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, en el apartado V, señala *“que los profesionales de la sanidad constituyen un elemento esencial en la modernización y la calidad del sistema sanitario español”*. Sus artículos 40, 41 y 42 versan sobre el *desarrollo profesional y la carrera profesional*. En cuanto al desarrollo profesional se relaciona de forma directa con la formación continuada, la carrera profesional y la

evaluación de competencias. Define la carrera profesional como el derecho de los profesionales a progresar de forma individual como reconocimiento a su desarrollo profesional en relación con los conocimientos, la experiencia en las actividades asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos. Describe la *evaluación de competencias* como la actitud del profesional para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas. Esta ley establece las bases reguladoras de la relación del personal estatutario de los Servicios de Salud que configuran el Servicio Nacional de Salud. En su artículo 40, alude a las competencias de las Comunidades Autónomas sobre los criterios generales de la carrera profesional. A modo de ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Madrid, el desarrollo de esta ley para las enfermeras, y tras los pactos con las centrales sindicales, ha fijado en el año 2005 un aumento retributivo basado única y exclusivamente en la antigüedad.

Por otra parte, la Directiva 2005/36/CE de Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE) señala las materias que deben cursar los futuros profesionales, que coinciden con las especificadas en la Directiva del Consejo (77/453/CEE) de 27 de junio de 1977, y que hemos analizado en el apartado la enfermería en la Comunidad Económica Europea en este mismo capítulo. Como sabemos, la enfermería es una de las seis profesiones reguladas por la Comunidad Económica Europea. El artículo 3 de la Directiva 2005/36/C define qué se debe entender por profesión regulada : *“la actividad o conjunto de actividades profesionales cuyo acceso, ejercicio o una de las modalidades de ejercicio están subordinados de manera directa o indirecta, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas, a la posesión de determinadas cualificaciones profesionales”*.

*Los Estatutos de la organización Colegial de Enfermería de España*, en su Título III, "De los principios básicos de la profesión de Enfermería", desarrolla en dos capítulos los principios del ejercicio profesional y la calidad y la excelencia de la práctica profesional de enfermería. En el capítulo I de dicho Título, el artículo 53.1 dice: *"los servicios de Enfermería tienen como misión 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. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana". En el punto 2 de este mismo artículo dice: "...el enfermero generalista es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos enfermeros, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos..."*

Indudablemente en la normativa legal las referencias a la enfermería otorgan un papel más relevante a la profesión enfermera. Sin embargo, entre toda la legislación analizada a lo largo de este capítulo y, por supuesto, en los capítulos anteriores, no hemos encontrado un marco que delimite las funciones profesionales de este colectivo de forma clara en relación con su autonomía profesional. Si bien en la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias se hace alusión a la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, los cuidados de enfermería, no han sido definidos como tales de manera adecuada. Por tanto, cuando la legislación vigente se refiere a los mismos ¿qué debemos interpretar?

Pese a los cambios normativos, las enfermeras asistenciales expresan de forma reiterada su disconformidad con respecto a la falta de autonomía para llevar a cabo sus actividades cuidadoras. Señalan que la organización sanitaria sigue estando centrada no tanto en el bienestar del usuario, cliente, paciente y/o enfermo, sino que sigue siendo una institución médico-céntrica. Así, por ejemplo, lo comenta Ruiz (1987) *"El parto ha dejado de ser, a finales del siglo XX, una función normal. Las mujeres no están autorizadas a dar a luz en su casa, entre su familia. Tienen que ir obligatoriamente a una Maternidad u Hospital, donde los médicos tienen un modelo estándar de parto que se aplica rigurosamente en todos los casos (p. 50).*

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo edita el libro *Enfermería en Acción. Fortalecimiento de la enfermería y matronería en apoyo de salud para todos*. Esta obra es una publicación de la Organización Mundial de la Salud, que, como sabemos, es una agencia especializada de las Naciones Unidas con responsabilidades primordiales en temas internacionales sanitarios y de salud

pública. El prefacio está escrito por el director regional para Europa J. E. Asvall quien comenta:

*“El número de profesionales de enfermería en nuestra Región vienen a ser aproximadamente de unos cinco millones, lo que supone una parte bastante importante del presupuesto sanitario de cada país (...) ellos son y continuarán siendo la piedra angular de cualquier servicio de salud.*

*Los cambios profundos en la atención sanitaria de nuestra Región son temas claves para las enfermeras. La cuestión no está en si ellas deberían cambiar su práctica sino cómo debiera cambiarse ésta – y qué papel deberían desempeñar para atender las necesidades sanitarias del futuro. Aparte de las diferencias, estos cinco millones de trabajadores se enfrentan con problemas bastante similares que comienzan por su bajo status y discriminación. Necesitan apoyo activo a todos los niveles para ayudarles a consolidar su contribución a la salud para todos” (p. 9).*

Como podemos apreciar en este fragmento, las autoridades sanitarias son conscientes de las relaciones de desigualdad de la enfermería y, por si no fuese claro lo que acababa de escribir, el Dr. Asvall dice: *“Su papel no será servir a otra profesión, sino que será el de informar, ayudar y cuidar a los pacientes ya a la comunidad” (p. 10)*. Claro está que todas las recomendaciones que desde la Organización Mundial de la Salud se hacen no dejan de ser simplemente recomendaciones. En el caso de España la situación es semejante, pese al apoyo que la entonces ministra de Sanidad y Consumo M<sup>a</sup> Ángeles Amador expresa en el prólogo del mismo volumen:

*“ A pesar de las dificultades que afrontan en estos momentos en la mayoría de nuestros países, son muchos los profesionales, procedentes de diferentes lugares, que coinciden en sus opiniones y expectativas y se unen para trabajar en el avance y fortalecimiento de su actuación. Como señala J.E. Asvall en la introducción de esta obra, lo realmente importante es poder decir que el cambio viene desde dentro, y las enfermeras y matronas ya están al frente de su propia reforma.*

*Para la Administración Sanitaria española resulta gratificante comprobar que nuestros enfermeros y enfermeras han sido cada vez más conscientes de los nuevos rumbos de su profesión y han conseguido introducir en su actividad un enfoque moderno de la enfermería, sin por ello abdicar de sus orígenes más claros” (pp.13-14).*

No sabemos muy bien a que se refiere la señora ministra al mencionar la abdicación de los orígenes, pero en cualquier caso, ni la administración sanitaria ni la educativa, en España, han tratado con el merecido respeto que se les debía a la profesión de enfermería para su desarrollo.

El ejercicio profesional en el período que estamos estudiando no está exento de conflictos, si bien se ha ido consolidando el quehacer de la enfermera en el ámbito de la Atención Primaria y debemos de reconocer los logros alcanzados en relación con el logro de una cierta autonomía profesional. Así, los servicios enfermeros en el Equipo de Atención Primaria que de forma habitual se llevan a cabo son: (1) Consulta de enfermería en el Centro, (2) Consulta de enfermería en domicilio, (3) Educación para la salud: Grupo, y (4) Intervención comunitaria. De este modo, los procesos de los que las enfermeras son responsables son aplicables a cualquier persona, teniendo en cuenta su nivel de dependencia, cultura, capacidad, etapa vital, conocimiento, entorno y cualquier otra circunstancia que predetermine la necesidad de una intervención adaptada a la persona y al momento.

En el ámbito hospitalario se han producido también cambios importantes en la organización del trabajo. La forma tradicional consistía en organizar el cuidado de los pacientes por tareas, es decir, una enfermera era responsable de hacer las técnicas invasivas, otra tenía el cometido de supervisar la alimentación y la eliminación, de modo que un mismo paciente podía ser atendido en un mismo turno por dos enfermeras. Por tanto, la enfermera organizaba y distribuía el trabajo en relación con las tareas que debía llevar a cabo (curas, preparación de medicación, cambio de sueros, etc.); la enfermera prestaba cuidados a unos u otros pacientes en función de las tareas que ese día tenía asignadas. El primer objetivo de la Dirección de Enfermería en este momento es implantar en las distintas Unidades y Servicios un sistema de trabajo radicalmente distinto, en el que cada enfermera se responsabilice del bienestar de un determinado número de pacientes, desarrollando

todas aquellas actuaciones necesarias para lograrlo (incluyendo aquellas que el facultativo delegue) y dejando constancia escrita tanto de la situación de los pacientes en cada momento como de las actuaciones llevadas a cabo. El objetivo es prestar cuidados de enfermería integrales y continuados.

Los cambios en estos primeros momentos se centraron en: (1) la asignación a cada enfermera de un grupo de pacientes, de modo que esta enfermera se responsabilice de todos los cuidados que éstos requieran en lugar de realizar tareas aisladas; (2) El establecimiento de una sistemática de trabajo y un horario para todas las actividades que el personal de enfermería realiza de forma autónoma en las Unidades, en virtud de su formación y capacitación profesional y sin precisar orden o autorización de otros profesionales para llevarlas a cabo. Son los, entonces novedosos, Protocolos de Actividades de Enfermería.

Pese a los logros obtenidos en la praxis que acabamos de mencionar, en nuestra opinión, el camino hacia una plena autonomía profesional estriba en la inexistencia de una idea clara e internacionalmente consensuada sobre cuál es el verdadero papel de la enfermería en la sociedad o las funciones de la enfermería que derivan de este papel. En este sentido, Hall (1989) lo expresa de la siguiente forma:

*“lo que les quiero decir es que hace tiempo que la profesión debería haber solucionado este lamentable estado y debería haber producido una declaración sencilla y definitiva en la que se destaca el papel específico de la enfermería en la sociedad y las funciones consiguientes de la enfermera y de los otros niveles de personal de enfermería. Necesita igualmente dejar claro que estas funciones tienen carácter universal y no varían en función del tiempo, el lugar en el que se presta el servicio o la condición sanitaria de la persona o grupo a que se sirve. Las actividades y tareas que desarrollan las funciones son de carácter contextual, pero las funciones, no” (p. 128).*

Esta cuestión relevante sigue estando sin resolver y las enfermeras españolas, pese a la legislación vigente, no tienen asegurado su rol autónomo dentro del equipo de salud. Las actividades y tareas de colaboración y sobre todo las

actividades delegadas por el médico, al menos en la práctica hospitalaria, son todavía las que se llevan el mayor tiempo en una jornada laboral.

Desde los años 70 algunas asociaciones profesionales han jugado un papel destacado en el desarrollo profesional y disciplinar de la enfermería en España. Una mención especial merece la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.), cuya Acta de Constitución data de 1978, si bien jurídicamente se reconoce en 1979. Este mismo año celebra las Primeras Sesiones de Trabajo en el mes de abril; el tema principal debatido fue la estructuración de las escuelas y los diferentes niveles de formación en enfermería. En las Segundas Sesiones el tema fundamental fue la formación post-básica en especialidades y la Licenciatura. El proyecto de Licenciatura en Enfermería fue presentado por dos de las socias fundadoras bajo el título “Proyecto de Licenciatura en Enfermería” y fue publicado en la revista *RoI* el año anterior. De este modo, las profesoras Mompert y Alberdi, en este mismo trabajo, analizan las especialidades bajo una orientación diferente a las especialidades de A.T.S. Contemplaban la creación de seis especialidades: *“Enfermería de salud pública, Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Psiquiátrica, Enfermería Infantil, Enfermería de Cuidados Especiales y Enfermería Geriátrica”* (p.16). Por otra parte, justificaban la Licenciatura en Enfermería del modo siguiente: *“constituye el camino que permite la obtención de los medios adecuados para profundizar en el conocimiento específico de la profesión...”; “la Licenciatura contribuirá a formalizar el cuerpo de conocimientos propio de la Enfermería. En consecuencia, la Enfermería como profesión estará capacitada para: acrecentar este cuerpo de conocimientos, mejorando los servicios que presta, preparar a los profesionales, y gobernarse a sí misma, establecer sus propias normas”* (p. 16). Aunque esta asociación ha llevado a cabo de forma continuada Sesiones de Trabajo hasta la actualidad, como sabemos, la enfermería no ha conseguido, en España, alcanzar el grado académico más alto.

### ***Los niveles de enfermería en el ejercicio profesional***

En nuestro país el personal de enfermería está estructurado en dos niveles: el profesional y el auxiliar. El auxiliar de enfermería, que hemos estudiado en el capítulo 7, es una figura que hasta el año 1995 se denominó auxiliar de clínica. Recordemos también que este grupo no tenía ninguna titulación para desarrollar sus

funciones. El camino seguido por estas profesionales auxiliares tampoco ha sido fácil. Consideramos importante conocer cómo ha sido su evolución hasta la actualidad, dado que configuran con la enfermera profesional el equipo de enfermería (ver figura 8.1. del Apéndice Iconográfico).

En 1975 la titulación de auxiliar de clínica se podía obtener por diferentes vías. En primer lugar, en Escuelas oficiales u homologadas de Formación Profesional. El título era de Formación Profesional de Primer Grado (Rama Sanitaria), aunque también se podía obtener a través de los Cursos de Promoción Profesional Obrera (P.P.O.) (ver el trabajo de Novel, 1987). Esta formación será llevada a cabo en centros de Formación Profesional y su socialización estará conducida principalmente por profesionales pertenecientes a otras áreas de conocimiento; por tanto, los enfermeros profesionales intervendrán de forma colateral en las enseñanzas conducentes a este título. Las asignaturas que estudiaban eran: "Patología general", "Higiene", "Legislación", "Orientación profesional y organización sanitaria" y "Prácticas". Estas asignaturas, en nuestra opinión, eran totalmente insuficientes para poder acometer las funciones que se le asignaban. En este mismo sentido, y formalmente, las enfermeras quedaron casi totalmente excluidas de la formación de las auxiliares ya que por la denominación de las asignaturas y centros de formación se prefería a los licenciados a la hora de impartir la docencia.

Vemos pues que dentro del personal de enfermería en nuestro país existen dos categorías: el Auxiliar de clínica y el A.T.S., y que ambas son formados por otros grupos profesionales. De tal modo que el conocimiento estaba en manos de biólogos, médicos, químicos, etc. Las ideas sobre el trabajo asistencial que se inculcaban no tenían su correspondencia en la asistencia. Al tener que realizar un trabajo supuestamente en equipo, aparecían también conflictos, en buena medida originados por un tipo de socialización tan dispar que cuando ambos grupos entran en contacto aparecen conflictos. Por parte del colectivo profesional de la enfermería no se tenía en consideración la importancia de las tareas asignadas a esta parte de la enfermería; es más, no se aceptaba, de modo habitual, que perteneciesen al colectivo enfermero. Parece como si, dados los tiempos que corrían, y con el gran auge de la medicina y sus logros científico-tecnológicos, los A.T.S., en muchos



casos, quisieran también ser y actuar dentro de la corriente científico-técnica y no estuviesen dispuestos a aceptar a las auxiliares, que les recuerdan, en cierta medida, su pasado como profesión al lado del doliente. Parece que los A.T.S. proyectan sobre los auxiliares clínicos la misma conducta que los médicos proyectaban sobre ellos. Los A.T.S. están con los enfermos, pero cuando entran a las habitaciones, habitualmente es para hacer técnicas y procedimientos delegados, tocan el cuerpo, realizan maniobras sobre el cuerpo, pero su finalidad primordial es realizar tareas delegadas.

Poco tiempo después de la entrada en vigor de los estudios universitarios los conflictos parecen aumentar, ya que la distancia en la formación separa todavía más a los dos grupos de la enfermería española. Tal y como hemos analizado, la nueva orientación curricular de la enfermera profesional que intenta realizar una atención a los ciudadanos de forma más integral, el novedoso lenguaje profesional que se va adquiriendo, en suma la nueva concepción filosófica, en nuestra opinión, van a originar un mayor distanciamiento entre los componentes del equipo enfermero. De tal modo que van a coexistir, por así decirlo, tres formas distintas de proporcionar cuidados desde la enfermería: (1) cuidados centrados en las necesidades básicas de los enfermos, (2) cuidados centrados en las patologías, y, por ende, primacía del tratamiento médico y, finalmente, (3) los cuidados integrales, cuyo eje es la situación que vive la persona. Estas tres formas de proporcionar cuidados dentro del colectivo profesional trajo como consecuencia graves dificultades de comunicación entre las auxiliares, enfermeras técnicas y las enfermeras de nueva orientación.

Hay que esperar hasta 1995 para que la formación de las auxiliares de clínica cambie. Con la aparición del Real Decreto 546/1995 de 7 de abril se estableció el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y sus enseñanzas. El aprendizaje se estructuró en Módulos que pasamos a enumerar en la tabla 8.19.

Tabla 8.19. Enseñanzas Conducentes Título de Auxiliar de Enfermería.

<b>Tipo de Módulo</b>	<b>Contenidos básicos</b>	<b>Duración</b>
Módulo Profesional 1: Operaciones administrativas y documentación sanitaria.	Organización sanitaria. Documentación clínica. Gestión de existencias e inventarios. Tratamiento de la información. Aplicaciones informáticas.	30 horas
Módulo Profesional 2: Técnicas básicas de enfermería.	Higiene y aseo del enfermo. Movilización, traslado y deambulación del paciente. Preparación a la exploración médica. Administración de medicación. Principios de dietética. Primeros auxilios.	225 horas
Módulo Profesional 3: Higiene del medio hospitalario y limpieza del material.	Limpieza del material y utensilios. Desinfección del material. Esterilización de material. Unidad del paciente. Prevención/Control de infecciones hospitalarias.	85 horas
Módulo Profesional 4: Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.	Fundamentos de psicología general y evolutiva. Relación con el paciente. Comunicación/Humanización. Estado psicológico de los pacientes en situaciones especiales.	65 horas
Módulo Profesional 5: Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica.	Radiografías dentales. Materiales dentales. Equipos e instrumental de uso en consultas dentales. Procedimientos de instrumentación y ayuda en intervenciones dentales.	65 horas
Módulo 6 (Transversal): Relaciones en el equipo de trabajo.	Comunicación en la empresa. Negociación y solución de problemas. Equipos de trabajo. La motivación.	30 horas
Módulo de Formación en Centro de Trabajo	Se enumeran las tareas que debe aprender en el lugar de trabajo.	240 horas
Módulo Profesional de Formación y Orientación Laboral.	Salud laboral. Legislación y relaciones laborales. Orientación e inserción laboral.	30 horas

Fuente: Elaboración propia (Real Decreto 546/1995).

En relación con los contenidos básicos de la formación de las auxiliares de enfermería que desde 1995 y hasta la actualidad se viene impartiendo, podemos apreciar el considerable aumento de conocimientos y un enfoque orientado a la praxis. Aunque entre los contenidos curriculares, concretamente en el módulo 6, estudian las relaciones en el equipo de trabajo, los conflictos en la práctica asistencial no sólo no disminuyeron, sino que se acrecentaron. Los movimientos reivindicativos de las Auxiliares de Enfermería han sido muy importantes, sobre todo a partir de la década de los 90, creando un sindicato (el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, S.A.E.) que aglutina a los miembros del colectivo y desde una concienciación de clase organiza encuentros y negocia con las direcciones de los

centros asistenciales. Una de sus reivindicaciones más importantes y duraderas es poder incluir una Historia del Auxiliar de Enfermería dentro de la Historia Clínica del Paciente, en la que se pudieran registrar de forma diferenciada las actividades que realizan en su desempeño profesional. Para lograr este objetivo, desde 1999, y en todo el territorio nacional, los auxiliares lanzaron una auténtica campaña para conseguir que se reconociese formalmente su autonomía en las instituciones sanitarias. Mostraremos algunos ejemplos que ilustran el conflicto.

Así, el 12 de julio de 1999 consiguen que la Directora de Enfermería del Hospital Do Meixoeiro, de Vigo, reconozca por escrito las funciones autónomas que desempeñan en dicho hospital (ver Documento 8.1. del apéndice de textos y documentos). Igualmente el 13 de julio del mismo año la Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario Xeral-Cies, también de la ciudad de Vigo, firma las funciones que realizan y el documento tiene el visto bueno del Gerente (ver Documento 8.2.). Así mismo, el 30 de junio de 1999, también el Director Gerente de Hospital Valle del Nalón, en Riaño-Langreo, confirma las funciones que realizan las auxiliares (ver Documento 8.3.). En otros muchos hospitales lo que obtuvieron no fue el reconocimiento de funciones autónomas, sino el reconocimiento del rol de la auxiliar de enfermería dentro del equipo; tal es, por ejemplo, el caso del Hospital Universitario La Paz de Madrid (ver Documento 8.4.).

En nuestra opinión, no parece que el conflicto se pueda resolver en un sentido positivo para sus reivindicaciones como profesión con funciones autónomas, si tenemos presente la legislación vigente. Los motivos son los siguientes: en primer lugar, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias reconoce 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. Este no es, como sabemos, el caso del título de Auxiliar de Enfermería. En segundo lugar, todavía sigue vigente lo establecido en el Capítulo VII del Estatuto de Personal Sanitario no facultativo, aprobado por Orden Ministerial de 26 de Abril de 1973, que encomienda específicamente, en su artículo 59.17, *a las enfermeras llevar los libros de órdenes y registro de Enfermería, anotando en ellos correctamente todas las indicaciones*.

La actividad de este sindicato se inicia en 1988 y desde entonces han consolidado su presencia en el espacio sociosanitario. Además de una publicación mensual, el *Informativo de Acción Sindical*, publican la revista *Nosocomio*, de la que han editado 179 números a diciembre de 2006. Además, a través de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), todos los años convocan un certamen de investigación (ver figura 8.2. del Apéndice Iconográfico). Las auxiliares también cuentan con un congreso anual, el próximo será el XVIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que se celebrará en Las Palmas del 25 al 27 de abril de 2007.

En cualquier caso, esta batalla que vienen librando desde los noventa el grupo de auxiliares de enfermería debilita y fragmenta a todo el colectivo de personal de enfermería. Aproximadamente estamos hablando de alrededor de 240.000 enfermeras y 150.000 auxiliares de enfermería. En nuestra opinión, la forma más parsimoniosa de aliviar las tensiones que hemos venido comentando consistiría en promover legalmente la idea de una actividad profesional enfermera con distintos niveles profesionales y dotada de un sistema flexible para favorecer la transición entre estos niveles.

## 6. Conclusiones.

Hemos estudiado a lo largo de este capítulo el devenir de la enfermería española desde los finales de los setenta a nuestros días. El camino seguido en estos últimos treinta años está marcado como hemos visto por luces y sombras. En cuanto a las luces, hemos dado cuenta del tránsito de la formación del A.T.S. a los estudios universitarios, cómo estos se implementaron y cómo son actualmente. También estudiamos las estrategias, tan creativas, seguidas por el colectivo enfermero para poder desarrollar en el seno de la universidad los estudios conducentes al máximo nivel académico y hemos señalado los factores que han impedido que las enfermeras españolas alcancen esta meta. Las máximas autoridades académicas de nuestro país han negado, o por lo menos obviado, una y otra vez, la posibilidad de desarrollo de la disciplina enfermera. No obstante, las enfermeras ocupadas en y preocupadas por su desarrollo disciplinar y profesional han diseñado y planificado acciones formativas que pusieran de manifiesto los argumentos necesarios para convencer de la necesidad de la formación superior y su viabilidad. Entendemos que las autoridades académicas no han tenido razones de peso, sino ciertos motivos que han impedido, pese a los argumentos, avalar esta posibilidad. Hemos podido estudiar que las enfermeras no han hecho una reivindicación populista, banal o meramente presupuestaria sino fundamentada.

En relación con la formación de especialistas, y siguiendo la tradición de formación en materia sanitaria, se diseña para las enfermeras una especialización a imagen y semejanza del modelo de médico especialista. Si esto no fuera poco, en treinta años no se han desarrollado plenamente las especialidades que según las diversas normativas corresponden a este grupo profesional. ¿Qué razones han impedido la implementación de estas especialidades?. Recordemos que la especialidad de matrona, la primera que se implementa, se formaliza legalmente por las sanciones que desde Europa se hacen al gobierno español, ya que en este ámbito era una profesión regulada. Entendemos que no hay razones, sino motivos, que han negado sistemáticamente a la enfermería su progreso como disciplina y profesión. Como resumen, podemos afirmar que la enfermería española en la etapa universitaria ha conseguido situar formalmente las enseñanzas en la universidad, si bien no ha podido gozar de un pleno desarrollo, ya que son estudios de primer ciclo,

con título finalista. El techo en la formación universitaria, sin posibilidad de continuidad en su área de conocimientos ha conducido a que grupos minoritarios especialmente sensibilizados hayan tenido que recurrir a estudiar otras titulaciones que les permitiesen poder acceder a un título de Licenciatura para poder obtener formalmente la titulación exigida y, de esta forma, poder competir para optar a puestos docentes o en el ámbito asistencial a aquellos de mayor nivel de responsabilidad.

El ejercicio profesional en estos años que hemos estudiado también nos ofrece un camino lleno de dificultades para que la enfermera responsable de cuidados generales pueda ofrecer un servicio profesional pleno. Como sabemos, la distancia a recorrer entre las reglamentaciones y el cambio de valores institucionales es muy grande. Como logros, podemos señalar que formalmente las enfermeras acceden a dirigir las divisiones de enfermería de los hospitales y en las Áreas de Salud con nombramientos de Dirección de Enfermería. Sin embargo, las enfermeras continúan desarrollando en el ejercicio profesional asistencial, al menos en el ámbito hospitalario, un trabajo dependiente de la praxis médica, ya que la mayor parte del tiempo está destinado a realizar actividades y tareas delegadas. En el ámbito comunitario, por el contrario, si han podido desarrollar con mayor nivel de autonomía las actividades que emanan del conocimiento disciplinar y llevar a cabo un trabajo en equipo basado más en la colaboración que en la dependencia.

En relación con los conflictos profesionales, hemos analizado dos situaciones problemáticas: las diferentes formas de orientar la praxis desde las perspectivas de las enfermeras asistenciales y desde las enfermeras docentes, cuestión que todavía continúa en la actualidad, si bien paulatinamente y con grandes esfuerzos por parte de las enfermeras que ejercen en los hospitales, se vislumbra una orientación más en la línea disciplinar. Esta cuestión es muy importante, ya que las auxiliares de enfermería intentan reflejar por escrito lo que consideran sus funciones autónomas y, claro está, esto les parece intolerable a las enfermeras; si con una mayor formación y responsabilidades inherentes a la titulación todavía no han conseguido la plena autonomía en la toma de decisiones profesionales desde la enfermería, cómo van a tolerar que el grupo auxiliar aspire a su propia independencia. La

enfermería española constituida por estos dos grupos tiene que recorrer un largo camino para comenzar a entenderse.





## **CAPITULO 9**

### **CONCLUSIONES.**



## **CAPITULO 9**

### **CONCLUSIONES.**

En este trabajo hemos tratado de reconstruir las condiciones histórico-materiales que han dado lugar a las identidades y conflictos de la enfermería española actual. Hemos comprobado, entre otros extremos, que la falta de visibilidad de las prácticas de cuidado y la importancia del proceso de socialización que se ha tramitado para ellas, ha dado lugar a la emergencia de distintas identidades que coexisten en el ámbito de la enfermería española contemporánea.

Como hemos indicado en repetidas ocasiones, la hipótesis que ha guiado esta tesis doctoral es que no es posible entender las manifestaciones psicológicas o conductuales del malestar laboral y de los conflictos identitarios habituales en la cultura enfermera sin hacernos cargo antes del modo en que estos conflictos se han ido dando a lo largo de la historia, es decir, la larga cadena de acontecimientos históricos genéricos, tanto de orden epistémico como práctico, que ha llevado a la enfermería a advertirse a sí misma como profesión.

Con esta investigación esperamos haber contribuido a profundizar en el conocimiento de la enfermería, sus identidades y sus conflictos y de esta forma proporcionar a los modelos psicológicos o psicosociales el conocimiento sobre el origen y las consecuencias de los conflictos en el ámbito del enfermería, el recorrido histórico, el relato sobre su génesis, que estos modelos no suelen tener en cuenta.

El estudio de la evolución de las prácticas de cuidado es fundamental para comprender en profundidad cómo se nos muestra la actual profesión de enfermería, cómo se ve a sí misma y cómo se la representan los demás. El desarrollo de las prácticas de cuidado en la historia occidental se articula en torno a dos momentos claves en la evolución de la cultura occidental. En primer lugar, la nueva antropología del hombre ofertada por el cristianismo supuso para la enfermería en particular la institucionalización del cuidado y su futuro desarrollo durante la edad media, a través de las obras de misericordia llevadas a cabo tanto por personas cristianas laicas como por las diversas congregaciones religiosas. En segundo lugar, la Reforma Protestante derivó en un cambio, en relación con las prácticas de

cuidado y su responsabilidad. El nacimiento de la enfermería moderna laica y femenina se originó al amparo de valores y al servicio de objetivos fundamentalmente morales. Consecuentemente, el desarrollo de la enfermería como colectivo profesional ha estado marcado por los valores sociales que se entendían propios de la condición femenina, como abnegación, la empatía, el cuidado de los más débiles, la moralidad impecable, la caridad y la sumisión. En este sentido, la profesión enfermera está compuesta desde los inicios por mujeres y, por tanto, no nos debe extrañar que su desarrollo y su reconocimiento social sigue un curso paralelo al desarrollo social de la mujer en nuestro país. La aportación de la enfermería al bienestar de los ciudadanos es, por tanto, equiparable a la consideración social que la mujer tiene en cuanto a su función de proporcionar bienestar a su familia en el hogar. En el imaginario social, que hemos analizado a través de las instituciones, textos, normativas legales, programas de estudios, competencias profesionales, se muestra que la importancia del quehacer de las enfermeras, lo es, siempre como prolongación o suplementación del saber médico, masculino. La abnegación, sacrificio, disciplina, sumisión junto a la caridad, religiosidad y moralidad han sido, en efecto, los valores preponderantes en el proceso de socialización de las enfermeras españolas hasta los años cincuenta del siglo XX. Pero, además, en España, otros dos grupos configuran la profesión de enfermería, los practicantes quienes, sin lugar a dudas, han mostrado desde el siglo XV su compromiso identitario que, como hemos visto en este trabajo, ha implicado casi siempre la negación de la autonomía identitaria de la enfermería. Como es lógico, esta profesión auxiliar fue casi exclusivamente masculina. Las matronas, a su vez, como mujeres, siguieron una lógica en su proceso de socialización paralela a la de las enfermeras.

Los cambios legislativos que se producen en materia de educación, destinados a las profesiones subalternas de la medicina, esto es, practicantes, matronas y enfermeras, conducen a la unificación de los tres estamentos sanitarios y a su integración bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario. A partir de este momento, la enfermería española vivirá durante casi tres décadas supuestamente unificada, legitimando las desigualdades internas relativas al género, ya que quedó expresamente prohibida la coeducación, y las oportunidades formativas fueron diferentes para los estudiantes masculinos y para las alumnas

femeninas. De esta forma se institucionalizaron las desigualdades desde una perspectiva de género.

En los casi treinta años de enfermería universitaria, las enfermeras españolas, han intentado desarrollar una profesión autónoma en el ámbito de la praxis y obtener el mayor grado académico, así como la posibilidad de acceder a un proceso de formación como especialistas. Sin embargo, la escasa o nula sensibilidad hacia este colectivo, indispensable para la atención de la salud de la población, por parte del Estado ha sido evidente, como hemos estudiado.

La formación académica destinada a una formación superior sólo es atendida en el contexto del proceso de convergencia europea en materia de educación superior. De esta forma es como las enfermeras españolas conseguirán gozar de una aspiración legítima, que se les ha negado sistemáticamente. En el ejercicio profesional, las sombras son todavía más grandes que las luces que iluminen la toma de decisiones profesionales y que desarrollan el dominio profesional y disciplinar que le es propio a la enfermería.

Como señalamos en el primer capítulo, esta tesis es la primera parte de un proyecto de investigación más general que ya ido dando algunos frutos añadidos que hemos decidido no incorporar formalmente a este volumen. En concreto hemos intentado estudiar los cambios que el proceso de socialización va introduciendo en la idea que las enfermeras tienen de sí mismas y de su actividad hasta su incorporación al mundo laboral. Nuestros datos parecen indicar que las enfermeras consideran que existe una desvalorización de los cuidados, un escaso desarrollo de la carrera profesional, y un escaso reconocimiento de la disciplina por parte de las autoridades educativas. Todo ello se materializa en las dificultades para acceder a una formación superior en enfermería, en unas condiciones de trabajo especialmente difíciles en las instituciones sanitarias (contratos precarios), una falta de autonomía para llevar a cabo las decisiones profesionales. Especialmente, importante es la aparente toma de conciencia por parte de las enfermeras sobre la importancia de una reducción del tiempo asistencial en la jornada de trabajo, que permita llevar a cabo en condiciones normales tareas administrativas, de investigación o de tutela a alumnos en formación.

No nos gustaría, sin embargo, transmitir la sensación de que todos los problemas identitarios, y ocasionalmente psicológicos, de la enfermería son problemas resolubles en una mesa de negociación sindical. Esta no es la cuestión. Más bien, y sin eludir, la importancia de la mesa de negociación, cabe pensar que para llegar a ella antes deben darse una serie de condiciones estructurales que son ya de orden cultural, político o psicosocial, es decir, deben cambiar las costumbres y los valores en relación con la importancia de los cuidados, deben existir estructuras políticas que legitimen estos cambios y, por último, tienen que producirse cambios en la forma en que las enfermeras y el resto de los agentes implicados en el proceso se representan como colectivos las funciones y los límites de la actitud de cuidado. En todo caso, y para que nuestra postura quede del todo clara también conviene recordar que se trata de problemas de orden cultural y político en su origen que se llegan a manifestar psicológica, funcional o conductualmente en el plano individual. Por lo tanto, una estrategia de intervención psicológica que quiera ser verdaderamente eficaz, y no meramente paliativa o puntual, debe asumir y entender el modo en que estos problemas se han constituido históricamente en el ámbito cultural más genérico.

En todo caso también es necesario considerar, para ir cerrando ya nuestro argumento, que la historia la hacen los seres humanos, que, además, de responder a causas como entidades biológicas que son, responden también a planes, metas o proyectos. Nos parece que la actitud antropológica de cuidado que da lugar a la profesión de enfermera depende justamente de la consideración del otro como proyecto y no sólo como cuerpo. En todo caso, depende de la consideración del otro, ya lo hemos dicho así en otro contexto, como proyecto incorporado. La curación no siempre exige la consideración del otro como proyecto, aunque esta actitud puede optimizarla. Pero el cuidado, genéricamente, entendido, por ejemplo, en su extremo, el cuidado paliativo, exige considerar al otro como un ser irrepetible y con futuro, cuya vida se extiende más allá de sus condiciones corporales cuerpo. Entre otras razones porque de su vida dependen en un sentido sustantivo las vidas de otros. La constatación progresiva de esta implantación del hombre en su propio futuro es, en el fondo, y aunque resulte difícil de ver, el hilo conductor, la idea fuerza, que ha movida ya toda la larga cadena de acontecimientos que hemos ido tramando y que sigue moviendo en la actualidad la deriva histórica de nuestra cultura hacia el

reconocimiento genérico de la actitud de cuidado como su dimensión más nuclear, como su verdadero futuro.

En nuestra opinión, la toma de conciencia de las enfermeras respecto al sentido de su actividad tiene que derivarse de su capacidad de advertir el modo en que su historia, que es también, y como hemos visto, la de otros colectivos, es arrastrada por esta consideración solidaria y compartida del hombre como proyecto. Esta idea del hombre depende de la elaboración cultural e intelectual de tres cuestiones básicas: la disolución del dualismo, la profundización en la autonomía funcional de la actitud de cuidado y el sometimiento de la lógica de la curación médica a la ética del cuidado. Sobre estos extremos ya hemos dicho muchas cosas a lo largo de este trabajo y el lector puede intuir perfectamente que se trata de soluciones interdependientes: la disolución del dualismo, o tal vez mejor, de los dualismos (cuerpo/mente, curación/cuidado, médico/enfermera, ciencia/artesanía, dolor/sufrimiento) es una condición y al tiempo una consecuencia del reconocimiento formal de la actitud de cuidado, como núcleo ético de nuestra forma de vida, y lleva en su agenda de motivos la vocación de empezar a ver el curar dentro de la dinámica general del cuidar. Esperamos, sabemos, en el fondo, que las cosas serán necesariamente así. La razón no siempre deja elegir. El reconocimiento de la vida como mecanismo lleva adosado irremediabilmente el reconocimiento de la vida como proyecto. No lo podremos evitar. Médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, gerentes, formadores, pacientes, familiares, amigos, formamos una sola comunidad de cuidados recíprocos y transitivos.





## **BIBLIOGRAFÍA.**



## BIBLIOGRAFÍA.

Abellán, J.L. (1988) *Historia crítica del pensamiento español. Tomo III: Del Barroco a la Ilustración (siglos XVII y XVIII)*. Madrid: Espasa-Calpe (1ª edición, 1981).

Achterberg, J. (1990) *Woman as a healer*. Shambhala: Boston & London.

Adam, E. (1980) *Hacia dónde va la Enfermería*. Madrid: Interamericana.

Alarcón, J.; Vaz, F.J.; Guisado, J.A.; Benavente, M.J.; López, J. y Morgado, M. (2004) Relación entre el síndrome de *burnout*, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General. *Archivos de Psiquiatría*, 67 (2), 129-138.

Albaladejo, R.; Villanueva, P.; Ortega P. y Astasio, P. (2004) Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4), 505-516. Disponible en [www.scielo.isciii.es](http://www.scielo.isciii.es)

Albar, M.J. y García, M. (2005) Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *European Journal Psychiatric*, 19 (2), 96-106.

Albarracín, A. (1973) La titulación médica en España durante el siglo XIX. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, XII, 15-77.

Alberdi, R.M. (1987a) La enfermería y la palabra. En *I Jornadas Nacionales de Enfermería*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Alberdi, R. M. (1987b) La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*. 2 (11), 20-26.

Alcubilla, M. (1902) *Diccionario de administración*. Madrid: Imprenta del Boletín Jurídico Administrativo.

Alonso, E. (1923) *Las carreras Auxiliares Médicas. Reformada ampliación del "Manual de Practicante y de Partos"*. Madrid: Librería Internacional de Romo.

Álvarez Nebreda, C. (2002) *Código Enfermero Español Siglo XX: Compendio Legislativo*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Álvarez Sierra, J. (1947). *El Doctor D. Federico Rubio. Vida y obra de un cirujano genial*. Madrid: Editora Nacional.

Álvarez Sierra, J. (1961) Tradición española de las carreras de practicante y comadrona. *Clínica y laboratorio*, 421, 314-320.

Álvarez Sierra, J. (1964). Doña Salvadora D'Anglada. Primera enfermera del Instituto Rubio. *Caridad, ciencia y arte. Revista del Colegio de Enfermeras y A.T.S. de Madrid*. Marzo (4-5).

Amador, M.A. (1993) Prefacio en VV. AA. *Enfermería en Acción*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicaciones de la O.M.S.

Apker, J.; Zabava Ford, W.S. y Fox D.H. (2003) Predicting Nurses' Organizational and Professional Identification: The Effort of Nursing Roles, Professional Autonomy, and Supportive Communication. *Nursing Economics*, 21 (5), 226-232.

Aristóteles (1997) *Política*. 19ª edición. Madrid: Espasa-Calpe.

Asvall, J.E. (1993) Prefacio en VV. AA. *Enfermería en Acción*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicaciones de la O.M.S.

Azcárate, P. de (1967) *La cuestión universitaria. 1875. Epistolario de F. Giner de los Ríos, G.de Azcárate y N. Salmerón. Introdod., notas e índices de P. de Azcárate*. Madrid: Tecnos.

Balltandre, M. (2006) El conocimiento de sí y el gobierno de las pasiones en el siglo XVI desde la obra de Sabuco. *Revista Historia de la Psicología*, 27 (2-3), 107-114.

Barclay, C.R. y Smith, T.S. (1992) Autobiographical Remembering: Creating Personal Culture. En Conway, M.A.; Rubin, D.C. y Wagenaar, W.A. (Eds.) *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 75-97.

Berger, P.L. Y Luckmann, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu (18ª reimpresión, 2003).

Bernabéu, J. y Gascón, E. (1999) *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Murcia: Universidad de Alicante.

Bernis, C. y Cámara, C. (1982) *La mujer en la constitución histórica de la Medicina*. Madrid: Liberación y Utopía.

Blanco y Torres, B. (1870) *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*. Madrid: Imprenta de la Viuda e hijos de M. Álvarez (3ª edición).

Blanco, F. (1993) *J. V. Viqueira y la Psicología española de principios de siglo*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología de la U.A.M.

Blanco, F. (2002) *El cultivo de la mente: un ensayo histórico-crítico sobre la cultura psicológica*. Madrid: Machado Libros.

Blanco, F. (2003) *Planeta Nightingale. Consideraciones Oblicuas sobre la Cultura Enfermera*. Conferencia de Clausura Inédita del Curso Académico 2002-03. Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería "La Paz".

Blanco, F. (2006) *La vida a ti debida. Fundamentos antropológicos para una ética del cuidado*. Conferencia de Clausura Inédita del Curso Académico 2005-06. Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería "Fundación Jiménez Díaz".

Blanco, F. y Huertas, J.A. (1993) El valor del análisis socio-institucional en Historia de la Psicología: una aproximación metodológica. *Revista de Historia de la Psicología*, 14 (3-4), 77-87.

Blasco, R. (1988) Conferencia de presentación en el acto de investidura como Profesora Honoraria Virginia Henderson. *X Aniversario Escuela de Enfermería*. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería, Universitat de Barcelona.

Bruner, J. (2000) *Actos de significado*. Madrid: Alianza Editorial.

Buendía, A; García, I. y Guil, F. (2002a) La primera enseñanza reglada de practicante en Almería. La Escuela del Hospital Santa María Magdalena. 1860. *Iaso. Revista científica del Colegio de Almería.*

Buendía, A; García, I. y Guil, F. (2002b) Sangradores y barberos. El intrusismo en Almería en el siglo XVIII. *Index de Enfermería*, 36-37, 47-50.

Burke, K. (1969) *A Grammar of Motives*. Berkeley: University of California Press.

Cabré, M. y Salmón, F. (2001) Poder académico versus autoridad femenina: la facultad de medicina de París contra Jacoba Félicie (1322). En Cabré, M. y Ortiz, T. (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria.

Cacho Viu, V. (1962) *La Institución Libre de Enseñanza I. Orígenes y etapa universitaria (1860-1881)*. Madrid: Rialp.

Calvo, S. y Mompart, M.P. (1992) La experiencia del curso de nivelación en la construcción del futuro. En *Actas de las XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)*. Sevilla: A.E.E.D, 313-325.

Cánovas, M.A. (2004) Cultura de trabajo y género: un estudio antropológico de la enfermería en Murcia. En *Actas de las XXV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)*. Madrid: A.E.E.D, 221-231.

Capón Vizcaíno, A.; Rodríguez García, B.; Sobrado Canosa, Z.; Tizón Bouza, E. y Vázquez Campo, M. (2004) Estudio de estrés laboral en enfermeras de atención hospitalaria. *Enfermería Científica*, 268-269 (julio-agosto), 20-25.

Carasa, P. (1987) *Pauperismo y revolución burguesa (Burgos, 1750-1900)*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Cardoner, A. (1949) Seis mujeres hebreas practicando la Medicina en el Reino de Aragón. *Sefarad*, 9, 1-5.

Caruana, A. (1989) *Evaluación del estrés en profesionales de la salud*. Tesis doctoral publicada. Alicante: Universidad de Alicante.

Castells, M. (1998). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura, Vol. 2: "El poder de la identidad"*. Madrid: Alianza.

Chacón, M.; Grau, J.; Massip, C.; Ochoa, I.; Grau, R. y Abadal, Y. (2006) El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 39-53.

Clemente, J. C. (1999) *La Escuela Universitaria de Enfermeras de Madrid. Historia de una iniciativa humanitaria de la Cruz Roja Española (1918-1997)*. Madrid: Fundamentos. Colección Ciencia.

Collière, M.F. (1993) *Promover la vida*. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana.

Corominas, J. y Pascual, J.A. (2001) *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico. 5ª reimpresión, tomo II*. Madrid: Gredos.

Cuevas, P.; O´Ferrall, F.C. y Crespo, J. (1998) Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la Salud Mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-33.

Díaz, J. (2005) *Historia de la Cirugía Biliar en España*. Madrid: Grupo Gráfico GSF.

Dombeck, M.T. (2003) Work Narratives: Gender and Race in Professional Personhood. *Research in Nursing & Health*, 26, 351-365.

Domínguez Alcón, C. (1986) *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.

Donahue, M.P. (1985) *Historia de la enfermería. Vol. I, II y III*. St Louis, Missouri, Estados Unidos: Mosby Company.

Eisler, R. (2005). *El Cáliz y la Espada. La alternativa femenina. 9ª edición*. Madrid: H.F. Martínez de Murguía.

Elizondo, F. (1981) *Desarrollo histórico de la Enfermería*. México: Prensa médica mexicana (3ª reimpresión).

Escribá, V.; Mas, R.; Cárdenas, E.; Burguete, D. y Fernández, R. (2000) Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista Rol de Enfermería*, 23, (7-8), 506-511.

Eseverri, C. (1984) *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Universitas.

Evangelista, M. (1981) *Medicina y Sociedad. La Reforma Sanitaria*. Madrid: Ediciones Sanidad y Seguridad Social. Instituto Nacional de la Salud.

Ewens, A. (2003) Changes in nursing identities: supporting a succesful transition. *Journal of Nursing Management*, 11, 224-228.

Fagerberg, I. (2003) Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. Nursing and health care management and policy. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 284-291.

Fagerberg, I. y Kihlgren, M. (2000) Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 137-145.

Farquhar, M. (1927) La enfermera escolar y sus relaciones personales. En Esteban Mateo, L. (1978) *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza. Nómina Bibliográfica (1877-1936)*. Valencia: Universidad de Valencia, 295-300.

Ferrater, J. (2004) Historia, entrada en *Diccionario de Filosofía. Nueva edición aumentada por Terricabras*. Barcelona: Ariel.

Font, T.; Cambra, M. y Xamar, D. (1915) *Lo cuidado de Malalts*. Barcelona: Editorial Barcelonesa.

Foucault, M. (1990) *Historia de la Medicalización. La vida de los hombres en infames*. Madrid: La Piqueta, 121-152.

Friedman (1993) Beyond Caring: The De-Moralization of Gender. En Larrabee, M.J. (Ed.) *An Ethic of Care*. London: Routledge.



Fuente, L. de la; Fuente, E.I. de la y Trujillo, H. (1997) *Burnout* y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud*, 8 (3), 481-494.

Galindo, A.; Garvi, M.; Villa, J.M. y García, S. (2004) Curso teórico de la Dama Enfermera (1920). *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 9, 89-96.

García Arenal, F. (1915) D. Francisco Giner y Doña Concepción Arenal. En Esteban Mateo, L. (1978) *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza. Nómina Bibliográfica (1877-1936)*. Valencia: Universidad de Valencia

García Ballester, L. (1988) *La Medicina a la València medieval. Medicina y societat en un país medieval mediterrani*. Valencia: Institució Valenciana D'Estudis i Investigació.

García Ballester, L. (1995) The Construction of a New Form of Learning and Practicing Medicine in Medieval Latin Europe. *Science in Context*, 8, 75-102.

García Barrios, S. y Calvo Charro, E. (1992) *Historia de la Enfermería*. Málaga: Textos Mínimos de la Universidad de Malaga, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Málaga.

García de la Piñera, E. (1935) *Lecciones teóricas y prácticas para contestar al curso elemental de enfermeros psiquiátricos*. Ciempozuelos, Madrid: Imprenta de los Hermanos de San Juan de Dios.

García Martínez, M.J. (2004a) 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). *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 9, 77-87.

García Martínez, M.J. (2004b) Preceptos Higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Manual de la comadre y del estudiante en Medicina, (1900). *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 9, 59-70.

García Morales, I. y Buendía Muñoz, A. (2001) Identidad e identificación de la enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (7-8), 539-545.

García, C. y Sellán, M.C. (1995) *Fundamentos Teóricos y Metodológicos de Enfermería*. Madrid: Lebosend.

García, C.; Mompert, M.P. y Purto, I. (1992) Los gestores de enfermería. Una visión desde la escuela. En *Actas de las XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)*. Sevilla: A.E.E.D., 144-155.

García, M. (1995) Evaluación del *burnout*: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.

García, M.; Sáez, M.C. y Llor, B. (2000) *Burnout*, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 215-228.

Gil-Monte, P.R. (2001) Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (*burnout*) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11 (1), 21-31.

Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1998) A study on significant sources of the "burnout syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123.

Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000) Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*) según el M.B.I. –HSS en España. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 2, 135-149.

Glaze, F. (1998) Medical writer: 'Behold the Human Creature. En Newman (Ed.) *Voice of the Living light: Hildegard of Bingen and hearth and world*. Berkeley: University de California Press.

Goffman, E. (1981) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

González, A. (1846) *Manual de flebo-tomianos o sangradores*. La Habana: Oficina de José Severino Bolaña.

- González-Romá, V.; Ripol, P.; Caballer, A.; Ferreres, A.; Gil, P. y Peiró, J.M. (1998) Comparación de modelos causales sobre la experiencia de *burnout*. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 1, 81-95.
- Granjel, L. S. (1981) *La medicina antigua española medieval*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Graves, R. (2004) *Los Mitos Griegos*. Madrid: Alianza (1ª reimpresión).
- Green, M. (1994) Woman's medical practice and health care in medieval Europe. *Signs Journal of Woman in Culture and Society*, 14, 434-473.
- Green, M. (2001) En busca de una auténtica medicina de mujeres: los extraños destino de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen. En Cabré, M. y Ortiz, T. (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria.
- Grenet, L. (1916) *Arte de cuidar a los enfermos*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Guerra, J.E. (2004) Manual de partos preternaturales, reducida a su mayor sencillez, precedida del mecanismo del parto natural (1829). *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 9, 71-76.
- Gutiérrez, J.L.; Moreno, B.; Garrosa, E. y López, A. (2005) Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 477-492.
- Gutiérrez, R. y Ojeda, A. (1984) *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. Primera Fase*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- Halford, S. y Leonard, P. (2002) Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 201-208.
- Hall, D.C. (1989) La investigación de enfermería en el desarrollo profesional. En *Actas de las X Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D)*. Madrid: A.E.E.D., 126-134.

Harto, A. (1992) Evolución de los cuidados enfermeros, asistenciales. Momento actual. Propuesta de futuro. En *Actas de las XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)*. Sevilla: A.E.E.D., 101-107.

Hatín, J. (1829) *Manual de partos ó maniobra de los partos preternaturales, reducida a su mayor sencillez, precedida del mecanismo del parto natural*. Madrid: Imprenta de Repullés.

Heidegger, M. (2000) *El ser y el tiempo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Hellwarth, J. (2001) Lady Grace Mildmay, una sanadora inglesa del siglo XVI. En Cabré, M. y Ortiz, T. (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria.

Herbert, G. (1934) *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós.

Hernández Conesa, J.M. (1995) *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.

Hernández Conesa, J.M. (1996) *La construcción de la Enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Murcia.

Hernández Iglesias, F. (1876) *La Beneficencia en España*. Madrid: Establecimientos tipográficos de Manuel Minerva.

Hernández Martín, F. (1996) *Historia de la enfermería en España (Desde la antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Editoriales Síntesis.

Hernández, G; Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336.

Herrera, F. (1997) *La enseñanza de las Damas de la Cruz Roja (1917-1920). Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 3-4, 197-209.

Herrera, F. (2005) De la época isabelina a la Transición Democrática: una revisión de la Enfermería Española. *Temperamentum*. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0104.php> Consultado el 20 de febrero de 2006.

Herrera, F., Lasarte, J.E. y Siles, J. (1996) La Edad Contemporánea. El proceso de Tecnificación e Institucionalización Profesional. En Hernández Martín, F. (Coord.) *Historia de la Enfermería en España*. Madrid: Síntesis, 217-280.

Holmes, C.A. (2001) Guest editorial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 379-381.

Horno, M. (1980) La matrona española: una profesión en crisis. *ROL de Enfermería*, 28, p. 52-64.

Hoyo, J. (1987) La Mujer y la Medicina en el Mundo Romano. *Asclepio*, XXXIX, 125-139.

Hughes, D. (1988) When nurse know best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, 1, 1-22.

Igual, E. (1898) *Curso elemental de partos*. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad.

Jamieson, E.; Sewall, M.; Suhrie, E. y Maza, M.E. (1966) *Historia de la enfermería*. México: Inter-americana (6ª edición).

Jiménez-Landi, A. (1973) *La Institución Libre de Enseñanza y su ambiente. Los Orígenes*. Madrid: Taurus.

Jiménez-Landi, A. (1987) *La Institución Libre de Enseñanza. El Período parauniversitario*. Madrid: Taurus.

Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. y Major, F. (2002) *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.

Klaimónt-Lingo, A. (2001) *Las Mujeres en el Mercado Sanitario de Lyon en el siglo XVI*. En Cabré, M. y Ortiz, T (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria.

Laín-Entralgo, P. (2003) *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson (14<sup>a</sup> reimpresión).

Laporta, J. F. (1977) *Antología pedagógica de F. Giner los Ríos. Selección y estudio preliminar de F. J. Laporta*. Madrid: Santillana.

Le-Preux, R. (1825) *Doctrina Moderna para los Sangradores*. Madrid: Viuda del Barco López.

Lerner, G. (1990) *The Creation of Feminist Conciousness. From the Middle to Eighteen Seventy*. Oxford: O.U.P.

López Alonso, C. (1986) Memoria introductoria en *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid: Siglo XXI.

MacIntosh, J. (2003) Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (6), 725-741.

Manzano, G. (1997)

Manzano, G. y Ramos, F. (2000) Enfermería hospitalaria y síndrome de *burnout*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 197-213.

Maquieira, V. (1998) Cultura y derechos humanos de las mujeres. En Pérez Cantó, P. (Coord.) *Las Mujeres del Caribe en el Umbral del 2000*. Madrid: BOCM, 171-203.

Marco, L. (1902) Prólogo a Rubio, F. *La mujer gaditana. Apuntes de Economía Social*. Madrid: Establecimiento tipográfico de Idamor Moreno.

Marsillach. J. (1897) *Vademecum de practicante: Tratado de cirugía menor*. Barcelona: Imprenta de Jaime Jepús (2<sup>a</sup> edición).

- Martínez Riera, J.R. (2004) Salir del armario: la difícil situación de asumir una nueva identidad. De A.T.S. a enfermera. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (10), 698-704.
- Martínez Riera, J.R. (2005) Enfermería sencillamente complicado. *ROL de Enfermería*, 28 (4), 255-264.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981) *Maslach Burnout Inventory*. Paloalto, California: Consulting Psychology Press.
- May, C. (1992) Nursing work, nurses' knowledge, and the subjection of the patient. *Sociology of Health & Illness*, 14 (4), 472-487.
- Maza, E. (1987) *Pobreza y asistencia social en España: siglos XVI al XX*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Maza, E. (1999) *Pobreza y Beneficencia en la España Contemporánea (1808-1836)*. Barcelona: Ariel Practicum.
- McInnes, E.M. (1990) *St. Thomas' Hospital*. Special trustees for St. Thomas Hospital. London. First Published 1963. Reprinted with Additional Chapters, 1990.
- Medina, J.L. (1999) *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Melia, K. M. (1984) Student nurses' construction of occupational socialisation. *Sociology of Health and Illness*, 6 (2), 132-151.
- Melia, K. M. (1987) *Learning and Working: The Occupational Socialisation of Nurses*. Londres: Tavistock.
- Miralles, M.T.; Gigante, C. y Miranda, M.V. (2004) La Gran Sala del Hospital del Santo Espíritu de Roma (Italia). *Index Enfermería*, 13 (47), 66-68.
- Mompart, M.P. y Alberdi, R.M. (1981) *Proyecto de Licenciatura en Enfermería. 2ª Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D*. Barcelona: Rol.

Moral, P. (2003) *El Arte de las comadres en los tratados médicos bajomedievales (siglos XIII-XVI.)*. Tesis doctoral sin publicar. Facultad de Letras, Universidad de Murcia.

Morales, J.L. (1960) *El niño en la cultura española "ante la Medicina y otras ciencias, la Historia, las Letras, las Artes y las Costumbres"*. Tomo I. Madrid: Imprenta T.P.A.

Morcillo, A. (1988) Feminismo y lucha política durante la Segunda República y la Guerra Civil. En Folguera, P. (Comp.) *El feminismo en España: Dos siglos de Historia*. Madrid: Fundación Pablo Iglesias, 80-81.

Moreno, B. y Oliver, C. (1993) El MBI de estrés en profesionales asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En Forns, M. y Anguera, M.T. (Eds.) *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU.

Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996) El estrés asistencial en los servicios de salud. En Simón, M.A. (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, 739-761.

Moreno, B.; Garrosa, E. y González, J.L. (2000) El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3 (1), 18-28.

Moreno, B.; Garrosa, E.; Benavides, A.M., Gálvez Herrer, M. (2003) Estudios transculturales del *burnout*. Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, 12, 9-18.

Moreno, B.; González, J.L.; Garrosa, E. y Peñacoba, C. (2002) Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *ROL Enfermería*, 25 (11), 18-26.

Moreno, B.; Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991) El *burnout*, una forma específica de estrés laboral. En Buela, G. y Caballo, V. (Eds.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.



Moreno, B.; Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001) La evaluación del burnout profesional. Factorialización del M.B.I.-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1, 69-77.

Mossé, C. (1990) *La mujer en la Grecia Clásica*. Madrid: Nerea

Muldoon, O.T. y Reilly, J. (2002) Career choice in nursing students: gendered constructs as psychological barriers. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (1), 93-100.

Muñoz, F. (2007) La idea de forma cultural: esbozo de una crítica de la modernidad. *Nomadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 15 (1). Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/15/fernandomunoz.pdf>

Murga, J. (1938) *Apuntes adaptados al Programa Oficial de la carrera de enfermera*. Madrid.

Nelson, S. y Gordon, S. (2004) The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history? *Nursing Outlook*, 55, 255-261.

Nicolson, P.; Burr, J. y Powell, J. (2003) Becoming an advanced practitioner in neonatal nursing: a psycho-social study of the relationship between educational preparation and role development. *Children. Journal of Clinic Nursing*, 14 (6), 727-738.

Nightingale, F. (1990) *Notas sobre enfermería: ¿qué es y qué no es?*. Barcelona: Salvat.

Noddings, N. (1984) *Caring: A Feminine Approach Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.

Nogales, A. (1996) El Monacato medieval: su importancia en la organización de los cuidados al enfermo. En Hernández Martín, F. (Coord.) *Historia de la Enfermería en España*. Madrid: Síntesis, 49-58.

Nutting, M.A. y Dock L.L. (1907) *A history of nursing: The evolution of nursing systems from earliest times to the foundations of the first english and american training schools of nurses. Vol. IV.* Nueva York: G. P. Putnam's Sons

Öhlén, J. y Segesten, K. (1998) The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 720-727.

Olmedo, E. (1997) *Personalidad y afrontamiento. Determinantes del síndrome de estar quemado en profesionales de enfermería.* Tesis doctoral publicada. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna.

Olmedo, M.; Santed, M.A.; Jiménez, R. y Gómez, M<sup>a</sup>.D. (2001) El síndrome de *Burnout*: variables laborales, personales y psicopatológicas. *Psiquis*, 22 (3), 117-129.

Ortega, C. y López, F. (2004) El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.

Ortiz, T. (2001) Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada. En Cabré, M. y Ortiz, T. (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa.* Barcelona: Icaria.

Osborne, R. (1993) *La construcción social de la Realidad.* Madrid: Cátedra.

Parker, J. y Takahashi, A. (2005) Nursing Identity and Difference. *Nursing Inquiry*, 12 (2), 65.

Parkes, K.R. (1984) Locus of Control, Cognitive Appraisal, and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 655-668.

Pérez Largacha, A. (2004) *La vida en el Antiguo Egipto.* Madrid: Alianza.

Pérez-Embid, F. (1962) Prólogo a Cacho Viu, V. *La Institución Libre de Enseñanza I. Orígenes y etapa universitaria.* Madrid: Rialp.

Phillepeau, A.F. (1902). *Manual de Obstetricia y de Ginecología para uso de los Prácticos y de las Matronas*. Budapest.

Pi y Arsuaga, J. (1903) *Cuidados que merece un enfermo*. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya.

Pijoán, B. (1919) *La enfermera moderna*. Barcelona: Arte y Letras.

Pisán, C. (2006) *La Ciudad de las Damas*. Madrid: Siruela (3ª edición).

Pittaluga, G. (1930) *La Constitución de la Escuela Nacional de Madrid (España)*. Madrid: Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad (nº 1).

Pomata, G. (2001) Entre el cielo y la tierra: las sanadoras de Bolonia en el siglo XVI. En Cabré, M. y Ortiz, T. (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria.

Propp, V. (2000) *Morfología del cuento*. Madrid: Fundamentos.

Puelles, M.D. (1980) *Educación e Ideología en la España Contemporánea (1767-1975)*. Barcelona: Labor.

Randle, J. (2002) Bullying in the profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 395-401.

Reig, A. y Caruana, A. (1989) Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y del estado de salud en personal de enfermería de hospital. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 5 (14), 147-162.

Reig, A.; Caruana, A. y Peralba, J.I. (1989) Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, 91, 4-14.

Rosa, A.; Huertas, J.A. y Blanco, F. (1996) *Metodología para la Historia de la Psicología*. Madrid: Alianza.

Rosa, A. y Blanco, F. (en prensa) Actuations of identification in the games of identity. *Theoretical Psychology*.

Rubio y Chacón, S. (1916) *El Instituto Rubio y los Estatutos de su fundador*. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos del S. C. Insús.

Rubio y Galí, F. (1916) *Cartas del Doctor Rubio y Galí a las Curadoras del Instituto de Terapéutica Operatoria*. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos.

Rubio y Galí, F. (1977) *Mis maestros y mi educación*. Madrid: Giner.

Ruiz, C. (1987) Las matronas. Una profesión ancestral basada en el amor. *Matronas Hoy. Revista de la Asociación Española de Matronas*.

Salas Iglesias, M.J. (2003) Enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional. *Documentos de Enfermería*, 19, 7-8.

Salas Iglesias, M.J. (2003) Enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional. 2ª Parte. *Documentos de Enfermería*, 20, 4.

Salas, J. (1935) *Manual de la enfermera General y Psiquiátrica*. Madrid: Espasa-Calpe.

Santo Tomás, M. (2000) Historia de la Enfermería. En Ferrín, C.; Garrido, M.; Santo Tomás, M. y Serrano, M.D. (Eds.) *Enfermería Fundamental*. Barcelona: Masson.

Santo Tomás, M. (2002) *Asistencia a los enfermos en los hospitales de Castilla*. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. Disponible en <http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=11620&ext=pdf&portal=0>

Schutz, A. (1974) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.

Seco, M.A. (1894) *Manual de la enfermera*. Barcelona: Imprenta Barcelonesa.

Sellán, M.C. y Blanco, F. (2005) Hacia un modelo historiográfico sobre las relaciones entre enfermería y psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 26 (2-3), 213-219.

Sellán, M.C. (2006) La Psicologización del Cuidado: Krausismo, Psicología y Enfermería. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (2-3), 127-134.

Sheridan, B. (2001) El parto: la medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). En Cabré, M. y Ortiz, T. (Eds.) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria.

Siles, J. (1999) *Historia de la enfermería*. Madrid: Aguaclara.

Siles, J. (2005) La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de Enfermería*, 50, 7-9. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>

Soriano, C. (1920) *Curso Teórico de la Dama Enfermera*. Oviedo: Junta Provincial de Damas de la Cruz Roja Española de Oviedo.

Tajfel, H. (1982) *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.

Terré, C. (1997) La matrona en España. Historia de una profesión. En Towler, J. y Bramall, J. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.

Tissot, S.A. (1795) *Aviso al pueblo acerca de su salud o Tratado de las enfermedades más frecuentes de las gentes del campo*. 6ª edición. Madrid: Imprenta De la Viuda.

Todorov, T. (1993) *Frente al límite*. Madrid: Siglo XXI.

Toit du, D. (1995) A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 164-171.

Torralba, F. (1998) *Antropología del Cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina.

Towler, J. y Bramall, J. (1997) *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.

Turégano, J.F. (1953) *La enfermera y la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias*. Madrid: Dirección General de Sanidad.

Turner, R.H. (1980) Personality in society: Social psychology's contribution to sociology. *Social Psychology Quarterly*, 51, 1-10.

Usandizaga, M. (1934) *Manual de la enfermera y practicante*. San Sebastián: Librería Internacional.

Usandizaga, M. (1964) *Manual de la enfermera y del practicante (Ayudantes Técnicos Sanitarios)*. Madrid: Editorial Mayfe, S.L.

Valle, J.I. y García Martínez, M.J. (1994). Las Matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. *ROL de Enfermería*, 187, 61-67.

Vallejo Nájera (1938) Sinfonía retaguardista. En Otero, L (1998) *Mi mamá me mima, 2ª edición*. Barcelona: Plaza & Janés.

Vallory, J. (1916) *Carrera de practicante*. Barcelona: Aarisa.

Ventosa, F. (1984) *Historia de la Enfermería Española*. Madrid: Ciencia 3.

Ventosa, F. (2000a) *Cuidado Psiquiátrico de Enfermería en España - siglos XV-XX*. Madrid: Díaz de Santos.

Ventosa, F. (2000b) Barbero-Sangrador-Flebotomiano. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 7, 209-217.

Vidal, F. (1900) *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*. Barcelona: Tobella y Costa (7ª edición).

Vidal, F. (1900) *Preceptos Higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Manual de la comadre y del estudiante en Medicina*. Barcelona: Bella y Costa (7ª edición).

Villar, J. (1907) *Manual práctico de la enfermera hospitalaria y doméstica*. Barcelona: Arturo Suárez.

Vinyoles, T. (1976) *Les barcelonines a les darreries de l'edat mitjana (1370-1410)*. En Domínguez, C. (1986) *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.

VV. AA. (1840) *Del Cuerpo Médico-Cirujano*. Madrid: Imprenta Nacional.

VV. AA. (1864) *La Voz de los Ministrantes*. Madrid: Colegio de Ministrantes.

VV. AA. (1865) *El Genuino*. Sevilla.

VV. AA. (1888) *Reglamento para la enseñanza de cirugía á los practicantes de los Reales Hospitales General y de Pasión de Madrid*. Madrid: Imprenta de Repulles.

VV. AA. (1893) *El Eco de las Matronas*. Barcelona: Revista Profesional.

VV. AA. (1897) *Reglamento del Colegio de Practicantes y Dentistas de Málaga*. Málaga.

VV. AA. (1902) *Al Rey D. Alfonso XIII con motivo de su jura y proclamación*. Madrid: Tip de Luis Montero.

VV. AA. (1903) *El Practicante Moderno*. Madrid: Órgano de la Sociedad General de Practicantes de España.

VV. AA. (1903) *Reglamento para la Colegiación Voluntaria de Practicantes de la provincia de Valencia*. Valencia: Imprenta de Manuel Alufre.

VV. AA. (1905) *La Cirugía Menor*. Madrid.

VV. AA. (1907) *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía*. Madrid: Junta Directiva del Colegio Central y señores presidentes de los Colegios Propietarios (Valencia-Álava, Álava-Teruel, Toledo y Madrid).

VV. AA. (1923) *Reglamento de Matronas de Madrid y su provincia*. Madrid: Arques.

VV. AA. (1926) *El Practicante en África*. Melilla: Órgano del Colegio de Practicantes de Melilla.

VV. AA. (1927) *El Practicante Almeriense*. Almería: Colegio de Practicantes de Almería. Nº enero-febrero, abril-mayo-junio.

VV. AA. (1934) *Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía*. Madrid: Colegio Oficial de Practicantes.

VV. AA. (1934) *Reglamento de las Escuelas enfermeras de la Cruz Roja*. Madrid: C-857-11.

VV. AA. (2000) En portada. *Tribuna sanitaria*. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid, 125, 4-9.

VV. AA. (1936) *Estatutos de la Junta de Patronato de la Casa de Salud de Santa Cristina*. Madrid: Imprenta Helénica.

VV. AA. (1936) *Gaceta del Practicante nº 1*. Órgano Oficial de la Federación Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes. Madrid.

VV. AA. (1950) *Enfermeras*. Barcelona: Revista mensual de las enfermeras hispanoamericanas.

VV. AA. (1955) Descanso; no es parálisis. *Firmes*, 11 (Julio).

VV. AA. (1955) El nuevo plan de estudios. *Boletín de información del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios de Córdoba*. Practicantes y ATS, 8 de Agosto.

VV. AA. (1957) El Gran Certamen y las alumnas. *Firmes*, 17 (Abril).

VV. AA. (1958) El Ayudante Técnico Sanitario. *Boletín de información del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios de Córdoba*. Practicantes y ATS, 4 de mayo.

VV. AA. (1963) Unificación mundial del nombre de los titulados Auxiliares de la Medicina y Cirugía. En *El auxiliar médico*. *Boletín de información del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios de Córdoba, practicantes y ATS*, 48 (Abril-Mayo-Junio), 7.



VV. AA. (1966). *Acabas de ingresar en una Residencia Maternal de la Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Publicación 1088.

Wade, M. (1988) Mujeres que curaban y cuidaban enfermos. *La mujer en la Edad Media*. Madrid: Nerea.

Wesley, R.L. (1997) *Teorías y Modelos de Enfermería*. México D.F.: Mc Graw-Hill-Interamericana.

Zurriaga, R.; Ramos, J.; González-Romá, V.; Espejo, B. y Zornoza, A. (2000) Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3, 85-98.