

TRABAJO DE FIN DE GRADO
ENFERMERÍA



**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE
MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO
RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa

Tutora: Maribel Morente Parra

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO-SANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

ÍNDICE

Resumen y palabras claves	3
Abstract and keywords	3
<hr/>	
Introducción	4
Justificación y objetivos	6
Marco teórico	7
<hr/>	
Metodología	12
Desarrollo	14
Cómo se configura la ciudad moderna	14
El caso de Madrid: cambios sociodemográficos en los siglos XIX-XX	15
Crecimiento demográfico y migraciones	15
Obras públicas y reformas urbanísticas	15
El modelo de trabajo en la ciudad	16
La salud en los Barrios Bajos de Madrid	18
Mortalidad y exclusión social	18
Salubridad en la vivienda proletaria	19
Enfermedades sociales infectocontagiosas	20
La salud pública como respuesta sociosanitaria	21
La salud pública en Europa: marcos teóricos y prácticos	21
La enfermera visitadora	25
Antecedentes de la enfermera visitadora	25
Ámbitos de formación	27
La Asociación Profesional de Enfermeras Visitadoras.....	29
<hr/>	
Conclusiones	30
Bibliografía.....	32
Anexos.....	37
Anexo I: Crecimiento urbano a través de planos históricos de Madrid	37
Anexo II: Distribución de la mortalidad por barrios	38
Anexo III: Madrid a comienzos del siglo XX	39
Anexo IV: Enfermeras en Madrid: Siglo XX	40

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

ABSTRACT AND KEYWORDS

Resumen

Durante el siglo XVIII se consolida un nuevo sistema económico que transforma las sociedades occidentales: el capitalismo. El proceso de industrialización en Madrid entre los siglos XIX y XX cambia el modelo de trabajo y sitúa a las ciudades como centro productivo. Esto dio lugar a una migración masiva desde el ámbito rural a las urbes que generó nuevos espacios urbanos donde las condiciones materiales de vida fueron caracterizadas por la exclusión social, la mortalidad elevada y el efecto devastador de las enfermedades infecciosas. Para evaluar las condiciones de vida y salud de la población más afectada se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas de la Facultad de Geografía e Historia, de Ciencias Políticas, de Enfermería, Fisioterapia y Podología, y Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; así como en bases de datos científicas. Se ha indagado además en la figura de la enfermera visitadora como parte de la red de medidas de salud pública que se desplegó en la capital. Se evidencia que la enfermera visitadora fue clave en la atención a la infancia y a la prevención de enfermedades infecciosas a través de la educación para la salud hasta el estallido de la Guerra Civil Española en el verano de 1936. Por todo ello se hace necesario el estudio histórico de los antecedentes de la enfermería para entender la realidad actual de la profesión enfermera.

Palabras clave: Enfermera visitadora, salud pública, Madrid.

Abstract

During the 18th century a new economic system which transforms western societies is consolidated: capitalism. The industrial development in Madrid during the 19th and 20th century changed working paradigms and placed cities as the new productive centers. This generated massive migration from rural areas to cities which formed new urban spaces where life was defined by social exclusion, high mortality and the devastating effect of disease. In order to evaluate life and health conditions in the most affected population, a bibliographical research has been carried out in the libraries of the College of Geography and History, Political Sciences, Nursing, Physiotherapy and Chiropody; and Medicine of the Universidad Complutense de Madrid; as well as in scientific databases. The role that visiting nurses as part of public health policies developed in Madrid had also been studied. It is proved that visiting nurses were fundamental especially in infant healthcare and the prevention of infectious diseases through health education until the outbreak of the Spanish Civil War during the summer of 1936. The historical approach of nursing backgrounds is crucial to understand the reality of the profession nowadays.

Keywords: Visiting nurse, public health, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La historia imprime de carácter y dinamismo a las sociedades, nos permite entender el porqué de la cotidianidad, de la cultura; también gracias a su estudio somos capaces de entender la evolución e involución de sus estructuras sociales, ideológicas, culturales etc. No somos lo que fuimos y nunca seremos lo que somos, al menos no de la misma manera: cada momento histórico está cargado de contextos que le dotan de complejidad y singularidad. También la historia es capaz de abrir el enriquecedor debate de *la forma de mirar*, que despierta en nosotras/os una de las capacidades más enraizadas: la curiosidad, permitiendo crear imágenes de lo que fue un tiempo desde la "multiperspectividad".

Mantener vivas las memorias es una tarea que requiere de esfuerzos individuales e institucionales. Las historias, particulares y comunes, deberían ser reconocidas en cada un/a de nosotros/as como patrimonio, y su mantenimiento y cuidado asegurado como derecho.

La Europa de principios del siglo XX comenzó con una serie de crisis políticas y sociales, que se habían precipitado desde mediados del siglo XIX, y que culminarían con la Primera Guerra Mundial, durante la que el peso social de la mujer obtuvo un valor del que fue muy difícil desvincularse tras el final de conflicto y que supuso el inicio de la presencia femenina en la esfera pública, siendo la sanitaria la de mayor reconocimiento social. Durante el siglo XIX se establecieron las relaciones entre la enfermedad y las condiciones sociales, hecho que "obligará" a los Estados a tomar partido en su solución, aunque en ocasiones se llegará a culpabilizar a los pobres de la aparición y mantenimiento de sus problemas de salud. De cualquier modo, el Estado junto a la autorizada cúpula médica desarrollaron estrategias de medicina social, que se puede considerar el inicio de la Salud Pública.

Los periodos históricos que abarca este trabajo son la Restauración Borbónica, incluida la dictadura de Primo de Rivera, y la IIª República Española hasta el golpe de estado en julio de 1936. La Dictadura Franquista iniciada tras la Guerra Civil en 1939 fue especialmente persistente y efectiva en desmemorar a la sociedad de lo que supuso el gobierno de la IIª República y la Guerra Civil para la sociedad española, que fue seguido de un silencio durante la Transición Española como "método de reconciliación". No sería hasta 2007 que se publicaría la "ley 52/2007, de 26 de diciembre, por la que se reconocen y amplían derechos y se establecen medidas en favor de quienes padecieron persecución o violencia durante la guerra civil y la dictadura."¹. Esta ley no ha sido suficiente, y la recuperación de la memoria histórica ha sido impulsada especialmente por la iniciativa privada, destacando la Asociación para la Recuperación de la Memoria Histórica^a.

^a La Asociación para la Recuperación de la Memoria Histórica cuenta con una página web donde detalla su labor: <https://memoriahistorica.org.es/>

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

I. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo pretende poner en valor las medidas de salud pública modernizadoras que se pusieron en marcha especialmente durante la IIª República, así como el rol que desempeñó la enfermería como respuesta socio sanitaria. El impulso de la enfermería durante esta época no solo se relacionó con las medidas directamente relacionadas con la profesión, caracterizadas por un incremento de la autonomía y de posiciones de mayor responsabilidad en el ámbito sanitario; también el auge del movimiento feminista en España favoreció su desarrollo. Resulta importante estudiar este periodo histórico, ya que la "desmemoria" afectó también a la profesión enfermera, que durante el franquismo sufrió una involución².

La figura en la que se centra este trabajo es la enfermera visitadora, que fue un antecedente clave en el desarrollo de la enfermería comunitaria. El estudio de la historia de la enfermería nos permite hacernos preguntas sobre la realidad actual de la profesión y plantearnos los caminos que tenemos delante de una forma mucho más crítica y concienciada. De la misma forma que estudiando las historias de las personas y grupos sociales cuidamos su memoria, la historia de la enfermería debería ser esencial para poner en valor nuestro papel en la sociedad.

II. OBJETIVOS

Objetivos generales

Describir la salud pública en la elaboración de una respuesta socio sanitaria en Madrid en las primeras décadas del siglo XX.

Analizar el papel de la enfermera visitadora en el contexto de la salud pública de los barrios bajos del Madrid desde finales del siglo XIX hasta 1936.

Objetivos específicos

- Analizar el proceso de desarrollo industrial en la ciudad de Madrid durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX.
- Analizar los determinantes de la salud más importantes en Madrid desde mediados del siglo XIX.
- Describir las condiciones de salubridad en los barrios bajos de Madrid desde mediados del siglo XIX hasta la primera década del siglo XX.
- Analizar los antecedentes y la evolución de la formación de las enfermeras visitadoras en Madrid hasta 1936.

III. MARCO TEÓRICO

La presente revisión se analiza desde los siguientes paradigmas teóricos que permiten delimitar y diseccionar una realidad histórica teniendo en cuenta las divisiones sociales como constructos políticos sobre los que se disponen diferentes realidades y necesidades, que no siempre identifican a los grupos sobre los que actuaron.

El paradigma socioconstructivista

La teoría socioconstructivista se basa en la fenomenología de Husserl (1859-1938), pensamiento filosófico que Alfred Schutz (1899-1959)¹ aplica a la sociología y que será el que se desarrollará en el análisis del trabajo. De este planeamiento surgen dos ramas similares entre sí: la sociología fenomenológica y la etnometodología. Ambas comparten entre sí la base teórica de la construcción de los significados a través de las acciones de los individuos, que interactúan entre ellos construyendo y deconstruyendo las realidades sociales¹. Sin embargo, difieren principalmente en cuanto a su aplicación metodológica: mientras que la sociología fenomenológica es eminentemente teórica, la etnometodología se ha llevado a la práctica a través de múltiples estudios empíricos¹. Dado que el objetivo de este análisis es ofrecer un marco teórico a un trabajo de revisión histórico, nos centraremos en la sociología fenomenológica, así como en la construcción social de la realidad, aplicándola al ámbito de la salud.

Sociología fenomenológica

La sociología fenomenológica se basa en que la relación entre personas, entre subjetividades, conforma un tejido social cambiante¹. Esta intersubjetividad, como la denomina Alfred Schutz, tiene mucho que ver con la cultura. A través de las tipificaciones, es decir, cualquier acción, lenguaje etc., basado en un aprendizaje previo y que son “socialmente aceptadas. Han superado la prueba del tiempo y han llegado a institucionalizarse”¹ en muchos casos, las personas interactúan entre sí en el mundo gracias a su conciencia. No sólo existe una interacción entre individuos, sino que también esta red intersubjetiva está en contacto con las estructuras en las que el ser humano ha dividido el mundo y por lo tanto, pueden transformarse unas a otras. Esto, desde el punto de vista de la antropología, explicaría la diversidad cultural.

La fenomenología en relación con estructuras e instituciones fue estudiada posteriormente por Peter Berger y Thomas Luckman en *La construcción social de la realidad* (1967)¹. Describen cómo los grupos humanos terminan externalizando e institucionalizando las tipificaciones que se generan de la interacción social. Un ejemplo claro es el lenguaje. Aunque las instituciones hayan sido creadas por la interacción su cristalización hace que “se experimenten como existentes por encima y más allá de los individuos en quienes “acaeece” encarnarlas en ese momento. En otras palabras, las instituciones se experimentan ahora como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho eterno y coercitivo”².

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

El socioconstructivismo y la salud

El socioconstructivismo es un marco conceptual que pone en valor la influencia de los sistemas sociales y culturales en la experiencia de la enfermedad. Mientras que el paradigma positivista en el que se basa el modelo biomédico entiende la enfermedad como “universal e inmutable en tiempo y espacio”³, el socioconstructivismo se centra en cómo la vida de las personas, construida en contextos sociales y culturales distintos, responde de distintas maneras a la enfermedad y, por ende, la experiencia de ella es variable tanto como vivencia individual como fenómeno sociocultural. Siguiendo esta línea, a partir de la década de los 70, la perspectiva socioconstructivista aplicada a la salud se centra especialmente en una crítica a la *medicalización*^{4,5}, es decir, “(al) hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia”⁵. Cuando hablamos de enfermedad -en inglés *disease*- nos referimos a un diagnóstico en un contexto donde esa enfermedad tiene una connotación o *carga simbólica* determinada, mientras que la experiencia de la enfermedad -*illness*- es la conjunción de todas estas esferas -sociales, culturales, políticas- que tienen como centro los sujetos, es decir: la experiencia social de la enfermedad^{3,6}. Andrew Cunningham va un paso más allá, poniendo el foco no tanto en la dicotomía *disease/illness*, sino en la manera de diagnosticar y sobre todo en quién diagnostica, que, en sus palabras, también son “personas pensando y actuando en culturas, situaciones y tiempos determinados”^{b,7}. Michel Foucault, quien entiende el conocimiento y el lenguaje como una forma de poder, estudia en su obra *Naissance de la clinique* (1963) el poder del discurso médico -tanto por su capacidad como legitimidad, especialmente a partir del siglo XVIII^c- a la hora de diagnosticar a las personas con una enfermedad, ya que, como hemos visto, la enfermedad no sólo se define por sus repercusiones orgánicas, sino que tiene una serie de connotaciones simbólicas para el sujeto que transforman su vida. El poder de una etiqueta diagnóstica fue estudiado también desde el punto de vista del estatus de las profesiones por Eliot Freidson en su libro *Profession of Medicine* (1988)³.

Hasta hace poco el conocimiento científico-médico no sólo construía de forma hegemónica la enfermedad, sino también, de forma inseparable, el propio cuerpo. Muchas de las críticas desde la perspectiva socioconstructivista se han centrado en el modelo biomédico moderno del cuerpo. El origen de este modo de ver se encuentra en el dualismo cartesiano entre cuerpo y alma, que abrazado desde los “sectores (más) privilegiados y eruditos”⁸, ofrece una visión mecanicista del cuerpo, despojado completamente de su carga simbólica, atribuyendo a la razón o *res cogitans* el poder de comprender la realidad que nos rodea. La deificación de la razón en manos de una

^b En el texto original: “*People thinking and acting in particular cultures, situations and times*”

^c Es interesante observar el cambio en el rol social del médico a través del registro de la causa de defunción: “Los médicos y cirujanos universitarios sólo muy recientemente (consolidado a partir de la segunda mitad siglo XIX) han alcanzado un papel predominante en la definición de la muerte, tras haber sido gradualmente legitimados por los poderes políticos como “expertos” en la materia”

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

minoría privilegiada sentó los cimientos de la epistemología occidental que ha traspasado a día de hoy prácticamente toda frontera. Esta imagen del cuerpo y "forma de conocer" era muy acorde con el nuevo contexto que se estaba gestando durante el siglo XVI y que iba a desarrollarse a partir de entonces.

La sublevación contra la normatividad del cuerpo y la epistemología occidental no sólo se hizo desde el punto de vista de la salud, sino que también ha sido desarrollada desde una perspectiva de género, clase y etnia por autoras como Judith Butler, Silvia Federici, Angela Davis o Adlbi Sibai, entre muchas otras.

Feminismos

Los feminismos abarcan dos esferas que se han complementado a lo largo de la historia: la teórica y la activista. La fluidez entre ambas ha sido trascendental en la progresiva emancipación de las mujeres, ya que, desgraciadamente, no todas han tenido el privilegio de establecer y difundir teoría feminista, y lo que es más importante, que esta sea visibilizada. Es por ello que el activismo ha sido una herramienta de visibilización cuya contribución no podemos pasar por alto. Como veremos adelante, existen muchas corrientes del feminismo, la gran mayoría de ellas tienen en común la lucha contra el sistema de opresión heteropatriarcal.

Para estudiar la historia del feminismo occidental blanco se suele recurrir a la división por olas. Cada ola corresponde a una coyuntura histórica determinada que suscitó un acto de rebeldía y reflexión por parte de determinadas mujeres y grupos de mujeres.

La *primera ola* coincide con la Ilustración en el siglo XVIII. En un contexto de proclamación de libertades y de revoluciones políticas en las que estuvo excluida la mujer, no es de extrañar que éstas se preguntasen por qué el cuento no se aplicaba a ellas⁹. Dos figuras claves de este periodo son Olympe de Gouges (Francia, 1748-1793) y Mary Wollstonecraft (Inglaterra, 1759-1797). Aunque seguramente existiesen ejemplos de activismo previos, fueron las primeras en redactar un pensamiento feminista estructurado. Entre los textos más importantes de este periodo destaca el redactado por Olympe de Gouges: *Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne (Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadanía, 1791)* y *Vindication de los derechos de la mujer (1792)*, de Wollstonecraft⁹. Las cuestiones que más preocuparon a estas feministas fue el "derecho a la educación, derecho al trabajo, derechos matrimoniales y respecto a los hijos y derecho al voto"⁹.

El feminismo de la primera ola es llamado también llamado feminismo ilustrado o burgués, y sería el cimiento de las corrientes imperantes en occidente que perdura hasta nuestros días, el que hoy conocemos como "feminismo liberal". Esta tendencia continúa en el movimiento sufragista que comienza en Estados Unidos a mediados del siglo XIX y que forma parte de la *segunda ola feminista*. Las sufragistas dieron un paso muy importante en cuanto a la institucionalización del feminismo que culminaría en 1948 con el reconocimiento del voto de la mujer como derecho

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

humano⁹. Es también durante la segunda ola cuando se gesta uno de los debates más trascendentales para el movimiento feminista y *queer*: la separación del sexo y el género. Los roles de género asociados al sexo son analizados por Simone de Beauvoir (1908-1986) en *El segundo sexo* (1949). El rol de género es una cuestión clave en la enfermería que ha condicionado la historia y naturaleza de la profesión. Judith Butler (1956-actualidad) es una referente en la cuestión del género¹⁰. Forma parte de la *tercera ola feminista* junto con otras corrientes más modernas como el ciberfeminismo¹¹ y el ecofeminismo¹².

Llegado este punto es conveniente explicar por qué se habla de feminismos y no de feminismo. El concepto neurálgico para entenderlo es *interseccionalidad*. La interseccionalidad es "un marco diseñado para explorar la dinámica entre identidades coexistentes (...) y sistemas conectados de opresión"¹³. Esto es relevante porque cuestiona la línea de pensamiento imperante en el feminismo: el feminismo liberal. Un ejemplo es el sufragismo: movimiento sufragista estadounidense promovió la supremacía blanca frente a las mujeres negras¹⁶, de la misma manera que no supo identificar la realidad de las mujeres obreras en el país. Aunque el rechazo a la comprensión de que las identidades son diversas no sea tan explícito y pavoroso como lo fue en su momento, cada vez se hacen más palpables los sesgos del movimiento feminista, en singular, es decir, el que pretende aunar realidades ignorando que la diferencia, la desigualdad, es un hecho.

Este hecho no quita que, si se ha llegado a este punto, si se han conquistado derechos y la voz de las mujeres en Occidente puede hacerse oír por sí mismas, es por el movimiento feminista.

La cuestión de clase y los feminismos

En la segunda ola feminista encontramos también mujeres que empezaron a plantearse la interseccionalidad entre el feminismo y la clase social, entre ellas destacan Alejandra Kollontai en la línea marxista y Emma Goldman, anarquista⁹. El auge de los movimientos obreros a mediados del siglo XIX fue apoyado por muchas feministas que vieron en el capitalismo un sistema de opresión. Sin embargo, la relación entre socialismo y feminismo ha sido una cuestión complicada que sigue generando debate⁹. La teoría clásica marxista no consigue explicar la opresión de género, supeditándola a la lucha de clases. De hecho, en los textos originales de Marx apenas se menciona el género, aunque sí que se tratan las condiciones de trabajo de la mujer obrera y se menciona la situación de la mujer burguesa en el hogar⁹. A pesar de ello, el feminismo liberal, que no abraza un análisis de clase, tampoco es capaz por sí mismo de explicar la opresión concreta y distinta de la mujer de clase obrera, ignorando que la desigualdad en sus condiciones materiales de vida condiciona su capacidad de desarrollo.

Es por ello que la asociación entre ambas teorías ha dado frutos interesantes. Algunas de las autoras feministas y marxistas más relevantes en el panorama actual son Angela Davis y Silvia Federicci. Silvia Federicci trata sobre un tema de especial significación para la mujer y que guarda mucha relación con los cuidados: el trabajo doméstico no remunerado¹⁵.

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

Una de las características de la sociedad moderna es la separación entre el ámbito público y el privado, algo que ya ha sido muy criticado, por ejemplo, con la célebre frase durante la segunda ola feminista: "lo personal es político". Esta peligrosa división ha silenciado mucho tiempo la opresión de la mujer y también ha contribuido a la invisibilización de su trabajo en el ámbito doméstico. Por otra parte, el sistema capitalista conllevó la creación del trabajo asalariado y, desde entonces, el salario ha sido en mayor o menor medida la vara de medir la productividad¹⁵. El acceso de la mujer al mundo laboral no fue fácil: su papel secundario al hombre en todos los sentidos era también así en el trabajo, y por lo tanto, su salario y condiciones laborales siempre fueron mucho peores. Pero si el trabajo asalariado de la mujer era menospreciado, el reconocimiento del trabajo doméstico era y sigue siendo casi completamente inexistente. Al relegar el hogar al ámbito privado, se asume que el trabajo doméstico no es productivo, o en otras palabras, no genera capital al sistema económico, y sin embargo, el trabajo en el hogar es indispensable para el mantenimiento de los Estados. La socióloga española M^a Ángeles Durán analizó cómo en concreto los cuidados en el hogar y los cuidados no remunerados a personas dependientes, llevados a cabo normalmente por mujeres con relación de parentesco, no son reconocidos, es lo que ella denomina *los costes invisibles*^d. Por otra parte, cuando la mujer, especialmente la mujer con pocos recursos socioeconómicos, ha accedido al mundo del trabajo asalariado no ha implicado una disminución de su carga de trabajo en el ambiente doméstico.

^d Véase la entrevista a M^a Ángeles Durán: "el cuidado consume un tiempo que es incompatible con la generación de rentas" https://www.eldiario.es/economia/Maria-Angeles-Duran_0_753124791.html

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda exhaustiva en los catálogos de las Bibliotecas de la Facultad de Geografía e Historia, la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, la Facultad de Medicina y la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad Complutense de Madrid, así como en las bases de datos DIALNET, GOOGLE ACADÉMICO y PUBMED.

Para la contextualización histórica del nacimiento de la ciudad en la Edad Moderna se ha realizado una búsqueda bibliográfica manual en la Biblioteca de la Facultad de Historia y Geografía, así como en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Políticas. Se buscaron obras que se centrasen en los antecedentes de la creación del sistema económico moderno, es decir, anterior al siglo XVIII y que relacionasen los cambios económicos con las transformaciones sociales, seleccionando finalmente dos obras. Se ha utilizado también esta metodología para la obtención de bibliografía en relación con la historia de la salud pública en Europa en las facultades de Enfermería, Fisioterapia y Podología y Medicina. El criterio de selección han sido obras o artículos en castellano o inglés que contextualizasen la salud pública a partir del siglo XVIII en Europa, relacionándola con los cambios sociales y políticos propios de cada Estado, seleccionando así cuatro libros y tres artículos.

La recopilación de datos demográficos de la población madrileña se realizó a través de los censos históricos del archivo de la Comunidad de Madrid, así como datos del INE. Para describir la situación de la población en España entre 1850 y 1930 se realizó una búsqueda manual en la Biblioteca de la Facultad de Historia y Geografía, encontrando el grupo de investigación *Espacio, sociedad y cultura en la Edad Contemporánea*, que se ajusta a este criterio. De las publicaciones se han seleccionado aquellas que se centrasen en Madrid y que enfocasen la historia desde el punto de vista de la salud pública, obteniendo así un libro y dos artículos. Éstos han sido la fuente secundaria a partir de la cual se han llegado al manual de Philip Hauser de 1902, fuente primaria que proporciona un testimonio o evidencia directa sobre el tema del análisis.

Para la elaboración de la segunda parte, en la que se describe el papel de la enfermera visitadora en el contexto madrileño, se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos Google Académico, PubMed y Dialnet.

Como criterios de inclusión:

- Publicaciones en inglés o castellano.
- Al ser un trabajo de revisión histórica, no se han puesto filtros respecto a la fecha de publicación.
- Centrados en Madrid a finales del siglo XX.

Como criterios de exclusión:

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

- Artículos que abordasen la enfermería en la salud pública en países que no fuesen España.

En el caso de la base de datos Google Académico se encontró mucho ruido documental, por lo que se acotaron los artículos, seleccionando aquellos con mayor relevancia.

Base de datos	Palabras Clave	Publicaciones encontradas	Publicaciones seleccionadas
Dialnet	Enfermera visitadora AND salud pública	36	4
	Enfermería AND Segunda República	8	2
Google Académico	Enfermera visitadora AND salud pública AND Madrid	1020	8
PubMed	Nurse AND Spain AND Second Republic	1	0
	Nurse AND Spain AND 20 th Century	29	1

A través de los artículos y libros encontrados se ha llegado a fuentes primarias de las precursoras de la enfermera visitadora tales como Florence Nightingale y Concepción Arenal, textos disponibles en las Bibliotecas de la Facultad de Medicina y Enfermería, Fisioterapia y Podología. Además, se ha llevado a cabo una búsqueda manual en la Biblioteca de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, seleccionando dos libros que se centrasen en la formación de las enfermeras visitadoras.

Los planos contenidos en este trabajo se han extraído de las bases de datos del Instituto Geográfico Nacional del Ministerio de Fomento, así como del archivo digital Memoria de Madrid del Ayuntamiento de Madrid. Las fotografías se han obtenido del archivo Memoria de Madrid y del Archivo Regional fotográfico de la Comunidad de Madrid. Se han utilizado además artículos periodísticos para traer a la actualidad el trabajo.

I. CÓMO SE CONFIGURA LA CIUDAD MODERNA

La transformación de las estructuras sociales y políticas en Occidente responde a un nuevo modelo económico capitalista¹⁶. El auge del "moderno sistema-mundo"^e coincide con el desmoronamiento del sistema económico productivo feudal. Entre las causas de su declive encontramos la escasez de comida, las epidemias en Europa entre los siglos XIII y XIV y la economía de guerra que llevó a un agotamiento de sistema económico feudal (i.e. sus recursos materiales y humanos) que repercutió en todos los estratos, sobre todo en la clase señorial y campesina; así como a un "clima endémico de descontento"¹⁶. Se dieron así tres procesos necesarios para el desarrollo del nuevo sistema:

- 1) Expansión del volumen geográfico¹⁶, que se realizó a través del sistema colonialista/imperialista. De esta manera se podía asegurar un suministro continuo de materia prima y recursos básicos de subsistencia.
- 2) Creación de aparatos de Estado fuertes que asegurasen al mercado las transacciones económicas dentro del mercado mundial¹⁶. La creación de Estados-nación no sólo tuvo ese papel "de puertas para fuera", sino que también se protegía a sí mismo "de puertas para adentro". Surge así el concepto moderno de frontera y nación, en los que se han fundado los movimientos nacionalistas.
- 3) Desarrollo de nuevos métodos del control del trabajo adaptado a diferentes productos y zonas de la economía-mundo¹⁶. La continua adaptación y estratificación del trabajo propio del modelo capitalista responde a la necesidad de mantener el equilibrio entre un ritmo productivo que genere excedente y que a su vez no suscite revueltas por parte de la población¹⁶. Dos de los cambios fundamentales son el nacimiento de la burguesía y el trabajo asalariado.

En un primer momento, la fuerza productiva se concentró en el sector primario o agricultura, siendo Inglaterra el país pionero en este sentido¹⁷ y no fue hasta el siglo XIX-XX, variable en función del país, cuando se traslada al sector industrial y posteriormente al terciario¹⁶. Estos dos últimos han cobrado protagonismo en las ciudades, que se sitúan como centro de los Estados. Las principales ciudades europeas se configuran en torno al modelo *fordista* del trabajo industrial, basado en los principios del ingeniero y economista norteamericano W.F. Taylor (1856-1915) para aumentar la productividad: "lucha contra la holgazanería y los tiempos muertos en el proceso de trabajo; división y fragmentación de los procesos productivos en tareas sencillas; diferenciación de las funciones de concepción (saber) y de ejecución (hacer) dentro de la

^e El "moderno sistema-mundo" es un modelo teórico interpretativo desarrollado por el sociólogo estadounidense Immanuel Wallerstein. Cuando habla del moderno sistema mundial se refiere al sistema capitalista que, fundado en cambios radicales en el sistema económico durante los siglos XVI y XVII, conformó y conforma sistemas políticos, ideológicos y culturales.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

empresa; intercambiabilidad de la fuerza de trabajo; establecimiento por parte de la dirección de las empresas –a través de las “oficinas de métodos” y de la aplicación de “métodos científicos”– de procedimientos de trabajo simplificados, así como de los tiempos medios requeridos para la realización de cada tarea encomendada, etc.”¹⁸. Como veremos más adelante, cuando el sector terciario toma significación en la esfera laboral, se produce el cambio a un modelo *posfordista* de ciudad, también llamado “de cuello blanco”.

II. EL CASO DE MADRID: CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS SIGLOS XIX-XX

Crecimiento demográfico y migraciones

El primer censo con el que se cuenta en la ciudad de Madrid es el Censo de Pecheros de Carlos I, realizado en 1528, en el que se estimaban unos 11.000 habitantes¹⁹. Posteriormente los censos que recoge el Archivo Histórico del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid¹⁹ son: el censo de la Corona de Castilla en 1591 (61.000 habitantes), la Relación de Vecinos en 1646 (131.000 habitantes), el Censo de Campoflorido en 1712 (116.000 habitantes), el Censo de Aranda en 1768 (137.000 habitantes) y el de Floridablanca en 1787 (167.000 habitantes). Estos tres últimos fueron intentos de llevar a cabo un censo moderno, como comenzaba a hacerse en Europa desde el siglo XIII, sin embargo, no fue hasta 1857 cuando se publicó el primer censo de población moderno de España. En él la población ascendía a 298.638 habitantes, de los cuales 153.072 eran hombres y 145.566 mujeres. Si observamos los siguientes censos hasta 1900, encontramos un aumento exponencial de la población, llegando casi a duplicarse en 1900 (576.538 habitantes). Situamos dos periodos de mayor crecimiento demográfico: el primero de 1860 a 1877, con un aumento del 33% y de 1910 a 1920, cuando aumentó un 34%, pasando de casi 600.000 habitantes a 750.896²⁰.

El aumento demográfico fue debido fundamentalmente a los flujos migratorios desde el medio rural a la ciudad. A mediados del siglo XIX ya estaban establecidos los flujos migratorios a la capital, la mayoría procedente de las provincias cercanas: Toledo y Guadalajara, aunque destacó también la migración desde Cantabria. En menor medida encontrábamos población procedente de Cuenca, Ciudad Real y Segovia²¹.

Obras públicas y reformas urbanísticas

Madrid no ha seguido un modelo clásico de desarrollo industrial como hicieron por ejemplo Bilbao o Barcelona. Esto se debe a tres razones: 1) la escasez de agua para uso productivo y consumo 2) la ausencia de fuentes de materias primas que permitiese un desarrollo industrial y 3) “la imposibilidad de expansión urbana a causa de las tapias que circundaban el perímetro de la ciudad”²². Para paliar esta situación se pusieron en marcha planes de obras públicas y operaciones urbanísticas que hicieron de Madrid una ciudad adaptada al modelo de desarrollo industrial europeo. No sólo eso, sino que la inmensa magnitud de las obras reconfiguró el modelo

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

de trabajo en la ciudad. Como solución a la escasez de agua, que afectaba principalmente a las clases bajas, se llevó a cabo la construcción del Canal de Isabel II. Las obras duraron siete años, concluyendo en 1858, y en ellas participaron 2500 obreros, así como presos, la mayoría de ellos encarcelados tras la guerra carlista²².

La siguiente obra fundamental fue el desarrollo de la red ferroviaria, que siguió un esquema radial situando a Madrid como "el gran centro de las comunicaciones en España"²². La primera línea en inaugurarse fue la línea Madrid-Aranjuez en 1851, sin embargo, no fue hasta 1864 cuando se conectó a Madrid con el norte industrial de España y Francia²².

La mayor reforma urbanística llevada a cabo fue el Plan Ensanche o Plan Castro (Anexo I). Este englobaba dos reformas: por una parte, el derribo de la cerca de Madrid, construida en 1625 bajo la orden de Felipe IV; y por otra, la urbanización de las zonas de extramuros²². El anteproyecto aprobado en 1860 contemplaba la creación de zonas divididas según el uso al que se destinarían y el nivel socioeconómico de sus habitantes. Se planificó de cara a 100 años, estimando que la población madrileña se situaría en unos 450.000 habitantes, sin embargo, fueron 2.177.123 habitantes los que vivían en Madrid en 1960²³. Debido al exponencial crecimiento poblacional, el plan fue modificado en numerosas ocasiones: "La disminución del ancho de calles, la progresiva elevación de las alturas de la edificación y el incremento paulatino de la ocupación de las manzanas, unido a la construcción sobre zonas verdes y otros espacios previstos para equipamientos, dieron como resultado la construcción de áreas altamente densificadas alejadas de los principios higienistas que en origen propugnaba el Anteproyecto."²⁴. El enorme despliegue y las reformas posteriores a la aprobación del proyecto no fueron suficientes para albergar a la población proletaria, protagonista del crecimiento demográfico de Madrid: "los altos precios del suelo y la construcción (...) convirtieron el plan en un producto esencialmente destinado a la burguesía, mientras el proletariado se iba asentando masivamente en el extrarradio de la ciudad"²⁴. Finalmente, en 1877 se aprobarían por Orden Real las tres zonas del ensanche: Chamberí (ensanche norte), Arganzuela (ensanche sur) y Salamanca-Retiro (ensanche este), aunque como se puede observar, durante el proceso se originarían barrios que albergarían a la población proletaria: Cuatro Caminos, Tetuán, Prosperidad, Guindalera, Nueva Numancia en Vallecas y Colmenares²⁴.

El trabajo en la ciudad

El modelo de trabajo fue el eje vertebrador de la ciudad de Madrid tal y como se desarrolló desde la segunda mitad del siglo XIX hasta comienzos del siglo XX. Encontramos dos etapas principales: la primera corresponde al auge del trabajo en la industria y construcción, y la segunda a la terciarización del empleo.

Las obras públicas en la segunda mitad del siglo XIX fueron uno de los imanes más potentes para la mano de obra en el sector de la construcción. En un primero momento la industria no tuvo

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

tanta importancia como en otras ciudades españolas, pero poco a poco fue desarrollándose^f y acogiendo a un número elevado de trabajadores cada vez más especializados hasta que la zona del Manzanares se convirtió en la cuarta más industrializada de España²². En 1880 el 67'5% de la población masculina eran trabajadores de la producción, operarios de vehículos y jornaleros²². Más por necesidad de supervivencia que por las posibilidades de trabajo en la construcción e industria, se generaron flujos migratorios procedentes del ámbito rural, que representaron la gran mayoría de trabajadores en estos sectores: en 1880, el 83'1% de los jornaleros y peones sin oficio en los barrios bajos eran inmigrantes²². Este proceso se acompañó necesariamente del declive y empobrecimiento del artesanado en Madrid, que ya se había iniciado a finales del siglo XVIII²². Cabe destacar también la cara más invisible del sistema productivo: la mujer. Además de la labor doméstica no remunerada, las mujeres que accedían al mercado laboral lo hacían en primer lugar como trabajadoras de los servicios personales y seguridad, de las cuales 61'7% eran inmigrantes y en segundo lugar como artesanas y trabajadoras manuales cualificadas y semicualificadas²². Encontramos además mujeres trabajando en la industria: el ejemplo más notorio en Madrid es quizás el de las cigarreras de la Fábrica de Tabacos (hoy en día el CSA La Tabacalera)⁹. El acceso de la mujer a este sector se debió fundamentalmente a la necesidad por parte de las mujeres de otra fuente de dinero, así como a la necesidad de los empresarios de mano de obra barata.

La miseria de la clase obrera en los procesos de industrialización occidentales, especialmente en Inglaterra, ha sido ampliamente analizada y descrita. Madrid no es de ningún modo una excepción a lo que parece ser un requisito necesario del modelo occidental de desarrollo industrial. La inestabilidad, la inseguridad y los sueldos ínfimos caracterizaron el trabajo de la clase obrera y serían la norma imperante hasta las primeras décadas del siglo XX.

El paso a los "cuellos blancos", es decir, trabajadores asalariados o la moderna clase media, en las primeras décadas del siglo XX transformó el modelo de ciudad. El centro de la ciudad empieza a ser ocupado por trabajadores de las administraciones públicas, empresarios y operarios, una de las profesiones que más aumentaron a partir de 1910²². Fue también a través de la figura de la operaria que la mujer accedió al mundo laboral con unas condiciones más dignas, aunque igualmente menos remuneradas. El aumento de los salarios de forma generalizada y la mejora de las condiciones laborales transformó Madrid de capital a metrópolis o ciudad *posfordista*. Estas mejoras se debieron a la continua lucha de las organizaciones de obreros/as, a la electricidad como impulsora de la industrialización y a la abstención de España en la Primera Guerra Mundial²², entre otras causas.

^f Algunos ejemplos son la Fábrica de Gas en las afueras de Puerta de Toledo, la Fábrica de Tabacos en la calle Embajadores, el Gran Taller de Coches de Recoletos o la Real Fábrica de Tapices⁽²⁴⁾.

⁹ Véase *Cigarreras de Madrid: Vanguardia obrera invisibilizada*
<https://www.elsaltodiario.com/radical-magazine/cigarreras-de-madrid-vanguardia-obrera-invisibilizada>

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

De todos modos, no se trató de un rupturismo entre ambos modelos de ciudad. Aunque cambiaron las formas de empleo, ambos siguieron y siguen coexistiendo de forma explícita – en las dinámicas del trabajo en sí- e implícita -en la cultura del trabajo-.

III. LA VIDA EN LOS BARRIOS BAJOS

La mortalidad y la exclusión social

Caricaturizada con nombres tan espeluznantes como “La ciudad de la muerte”, en el trienio 1880-1882, Madrid era una de las ciudades con mayor tasa de mortalidad en Europa: 41’3 por cada mil habitantes²². Aunque en 1905 la tasa de mortalidad descendió a 28 por cada mil habitantes, Madrid continuaba siendo una de las capitales europeas con más mortalidad. Era especialmente preocupante la mortalidad infantil, afectando sobre todo a los menores de cinco años. En 1905 las defunciones de niños menores de 5 años ascendían a un 39% del total de fallecimientos, de los cuales más de la mitad no llegaban al año de vida²².

Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX, Madrid albergaba dos realidades completamente distintas: la mortalidad se distribuía de forma desigual dentro de la propia ciudad. Como afirmó el catedrático Enrique Serrano Fatigati (1845-1918) en su *Informe a la Comisión de Reformas Sociales*, publicado en 1891:

“La mortalidad de las masas obreras es superior a la de las demás clases sociales (...). En algunas calles habitadas casi completamente o completamente por jornaleros y desvalidos (Amparo, Chopá, etc.), la cifra relativa de mortalidad está representada casi por el doble de la cifra media de Madrid, según se deduce de los datos consignados en el Registro Civil, pudiendo calcularse, por lo tanto, que es el doble o algo más de la de las otras clases sociales”²²

Los barrios con tasas de mortalidad más alta fueron Doctor Fourquet (69,58 por mil habitantes), Santa María de la Cabeza (55,74), Cardenal Cisneros (48,86), Bellas Vistas (47,17) y Huerta del Bayo (46,26), mientras que la mortalidad en barrios como Almirante, Conde Duque y Biblioteca se situaba en 9,39, 11,68 y 12,89 respectivamente. En un total de 68 barrios de los 100 en los que se dividía Madrid, la población vivía en condiciones higiénico-sanitarias nefastas²² (Anexo II)

En resumidas cuentas, la causa de la mortalidad tan elevada en los barrios bajos se resume en una palabra: la exclusión social. Aunque se puede desglosar a en los siguientes aspectos interrelacionados que la caracterizan:

- La insalubridad del entorno, especialmente en la vivienda.
- La propagación de enfermedades infectocontagiosas.
- Alimentación e higiene personal deficiente.
- El desconocimiento de la población y la poca accesibilidad al sistema sanitario.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

La salubridad de la vivienda: el caso de la población proletaria

Es necesario un apartado específico dedicado a la situación de infravivienda de la población proletaria para comprender más adelante la distribución desigual de la mortalidad y la enfermedad en Madrid.

Se distinguen cuatro espacios donde (mal)vivía la población proletaria. El primero lo encontramos en lo que fue la zona sudeste, hoy distrito centro y Embajadores. La densidad de población en esta zona aumentó exponencialmente desde mediados del siglo XIX. Ahí vivieron especialmente inmigrantes del medio rural y antiguos artesanos que fue el sector que comparativamente más empobreció en la ciudad de Madrid. Una de las viviendas representativas fue la corrala o *casa corredor*. Las características de este tipo de vivienda eran su organización en torno al patio central; sus corredores, que le dan nombre; los servicios comunes, generalmente dos cuartos de baño por planta sin agua corriente y en ocasiones lavadero; y su pequeña dimensión, con un máximo de 30 metros cuadrados²⁵. En el mundo del arte la corrala ha sido tanto denostada como mitificada: mientras que en obras literarias como *La Busca* de Pío Baroja se describe la insalubridad y las condiciones de hacinamiento en las que vivían sus habitantes, en la Zarzuela y en las protestas vecinales que se organizaron cuando en los años 80 del siglo pasado trataron de derribar las corralas, se reivindicó el papel que tuvieron en la formación de redes vecinales y espacios comunitarios.

Las barriadas del extrarradio o “periferias” han existido siempre como lugares de marginación, y hoy en día siguen siendo una realidad en la capital. El periodo comprendido entre finales del siglo XIX y comienzos del XX fue uno de los más relevantes en la formación de las barriadas de extrarradio. La mayoría de ellas derivaron del aumento demográfico monumental que tuvo Madrid: ni siquiera la construcción de los ensanches -que por aquel entonces ya habían sido modificados para dar cabida a una mayor densidad de población- pudo sostener las necesidades de vivienda de la población. Por iniciativa popular y necesidad de subsistencia, construyeron viviendas “del barro”^h en las entradas principales de la ciudad desde los campos. Es difícil documentarse sobre este tipo de viviendas, así como de las condiciones de salubridad. Esto se debe en parte a que, al no estar registradas, la inspección no llegaba a ellas: un ejemplo más de su marginación institucional.

Es curioso que uno de los lugares donde residía la población obrera en condiciones deplorables fuese en las viviendas burguesas y aristocráticas. En estas casas vivieron especialmente trabajadoras domésticas jóvenes, entre 16-24 años²², que emigraron desde zonas rurales a la capital. En las residencias existían espacios dedicados al servicio doméstico que, en función del rango dentro de la jerarquía del hogar, tenían unas características u otras. Sin duda las

^h La expresión *del barro* es popular en el barrio madrileño de Orcasitas, refiriéndose a la construcción de barriadas a partir de 1950 por parte de los vecinos que emigraron de zonas rurales a Madrid, especialmente de Extremadura.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

empleadas del hogar eran las que habitaban en las peores condiciones de infravivienda. Estas mujeres dormían generalmente en corredores, cocinas o cuartos de baño²² -muchas veces compartidos por varias mujeres del servicio- que carecían de iluminación y ventilación, situándose en las zonas de mayor inestabilidad térmica de la casa. Philip Hauser, médico higienista austrohúngaro (1832-1925) dedica un fragmento a las condiciones de vivienda de las empleadas del hogar en su obra *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, donde describe la insalubridad generalizada en estos habitáculos²⁶. A esto se añadía la vulnerabilidad frente al acoso y la violencia sexual por parte de algunos residentes de la casa.

Enfermedades sociales infectocontagiosas

En este apartado se describen tres enfermedades infecciosas relacionadas con la clase social que causaron un número elevado de defunciones a finales del siglo XIX y comienzos del XX: la tuberculosis, el cólera y la viruela.

La tuberculosis o "peste blanca" es una de las enfermedades más vinculadas a la pobreza²⁷, afectando sobre todo a las urbes. Las cifras de tuberculosis han descendido progresivamente en España, pero la afectación de esta enfermedad se ha distribuido de forma desigual: en 1904, de las 2046 muertes que hubo en Madrid, 54 fueron en el barrio más rico, mientras que en el más empobrecido murieron 608 personas²⁷. La tuberculosis causó una gran alarma social por dos motivos: por su elevada mortalidad y por afectar especialmente a la población obrera productiva. Entre las víctimas más afectadas encontramos los jornaleros y las mujeres que trabajaban en el hogar²². La enfermedad está estrechamente ligada a las condiciones de hacinamiento, así como al déficit en la alimentación²².

Durante el siglo XIX hubo cuatro epidemias de cólera, siendo la última en 1885. Al contrario que la tuberculosis, el cólera afectó más al ámbito rural. La provincia de Madrid presentó un índice de mortalidad epidémica del 5,98 por 1000 habitantes, mientras que en otras provincias como Zaragoza o Valencia los índices fueron de 31,92 y 31,82 respectivamente²⁸. Sin embargo, el cólera alcanzó en Madrid cifras más altas a las de las zonas más afectadas de España en los distritos de Latina e Inclusa²⁸, así como en las barriadas en la periferia de la ciudad. A pesar de ello, la epidemia de cólera asiático en 1885 fue la más benigna de todas. Esto se debe especialmente a las mejoras en la salud pública que se hicieron a través de obras públicas, destacando, como ya hemos visto, la traída de aguas del Lozoya a través del Canal Isabel II²⁸.

Hoy en día la viruela se encuentra erradicada gracias a la vacuna desarrollada por Edward Jenner en 1796²⁹, sin embargo, en Madrid a finales del siglo XIX no se vacunaba contra esta enfermedad de forma generalizada²². Entre 1890 y 1891 fallecieron en Madrid 3050 personas por esta enfermedad, afectando especialmente a niños entre 0 y 3 años²², siendo la enfermedad con mayor tasa de mortalidad²⁶. La clave para el control de la epidemia era la vacunación, sin embargo, debido a la poca previsión por parte de las organizaciones públicas a pesar de los numerosos avisos de higienistas de la época y la falta de conocimientos de la población más

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

pobre se convirtió en una de las epidemias más devastadoras. La clase obrera en general sufrió la viruela de una forma acuciante y penosa. Por una parte, era la población menos formada en materia de prevención sanitaria, así como la que menos accesibilidad tenía a la atención sanitaria en un principio por falta de infraestructura, pero principalmente por falta de tiempo. Por otra parte, las condiciones de hacinamiento en las que se encontraban las familias, teniendo que soportar el hedor y los síntomas de la enfermedad en cuartos insalubres sin ventilación; así como la continua presencia de los servicios de desinfección, quienes trasladaban o quemaban todos los enseres de las familias más pobres, incluyendo colchones y ropa; hicieron que la experiencia fuese aún más lamentable de lo que ya era²². La campaña por la vacunación se instauró demasiado tarde y fue insuficiente. No sería hasta el 15 de enero de 1903 que se aprobaría el Real Decreto para la vacunación obligatoria contra la viruela en España²⁹.

IV. LA SALUD PÚBLICA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

La salud pública en Europa: marcos teóricos y prácticos XVIII-XX

“la historia de la medicina social es también la historia de la política social” George Rosen

Aunque las medidas políticas en el ámbito de la salud pública nacen a finales del XVIII inspiradas en el ambientalismo hipocrático, la consolidación de la higiene pública como ciencia no ocurrió hasta mediados del siglo XIX, cuando se institucionaliza la estadística demográfico-sanitaria²⁷.

El trabajo analiza las influencias que tuvieron el estatismo alemán, el urbanismo francés y la medicina del trabajo en Inglaterra en la salud pública española, que fueron determinantes desde un punto de vista legislativo y político. Aunque desde finales del siglo XVIII se da una preocupación por la salud e higiene pública, ésta se manifestó de distintas formas entre Estados, no obstante, uno de los denominadores comunes en todos ellos fue la influencia del mercantilismo. Se entiende el mercantilismo desde el punto de vista de Michael Foucault, para el que era:

“No simplemente como una teoría económica, sino también una práctica política (...). La política mercantilista se basa esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitan al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible (...).”⁵

El aumento de la “producción” se consigue gracias a población productiva o activa que sostiene el sistema económico, en el caso de España a finales del siglo XIX fue mayoritariamente el proletariado o clase obrera tanto en el ámbito laboral como a través del trabajo doméstico no remunerado. Por ende, el interés en la salud pública radicó en parte de la necesidad de asegurar el mantenimiento del sistema económico.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

El mercantilismo no ha sido el único motor de la modificación de los sistemas sanitarios, también lo ha sido el desarrollo de la medicina social desde mediados del siglo XIX. La medicina social es el estudio de los “factores que conforman la condición social de un grupo en particular y que afectan el estado de salud de cualquiera de los miembros del grupo; y con base en ese conocimiento proponer medidas de naturaleza médica, sanitaria o social que sean necesarias para mejorar la salud y hacer accesible al pueblo, en el mayor grado posible, los logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad”³⁰.

Este nuevo enfoque fue motivado por “la industrialización y sus problemas sociales concomitantes”³⁰, que pusieron en el foco la pobreza y el empleo como agentes etiológicos principales de los problemas de salud de la población. También realzaron el papel fundamental de la sociedad, (i.e. el Estado), en garantizar la salud de las personas. Es por ello que, para llevar a la práctica la medicina social, es y fue necesaria la intervención del Estado centrada en los determinantes sociales de salud de la población. El grado de implicación del Estado, así como la manera de implicarse, fue lo que distinguió *grosso modo* unos sistemas sanitarios de otros.

Alemania y la estatalización de la salud

Fueron los países germanos los que se situaron a la cabeza de la **estatalización** de la medicina. Fundamentalmente por sus condiciones territoriales y económicas, paradójicamente más desfavorables que en Francia o Inglaterra, el papel del Estado fue especialmente fuerte. Prusia desplegó una cantidad ingente de funcionarios que sostuvieron un sistema burocrático que permitía el control estatal sobre la sanidad, entre otros ámbitos; esto se reflejó tanto en la acreditación del ejercicio de la medicina, “dándose una subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior”⁵ como en la financiación del sistema sanitario. No es de extrañar que surgiese allí la primera figura de la salud pública moderna: Johann Peter Frank (1745-1821). Su discurso *De populorum miseria morborum genitrice (Sobre la miseria de los pueblos como madre de las enfermedades, 1790)* puso la mirada en los determinantes sociales de la salud, eso sí, “basada en los supuestos mercantilistas y las condiciones políticas del despotismo ilustrado”²⁷. El nuevo organismo central fue la **Medizinischepolizei** (policía médica), que es la forma en la que concibió Frank la intervención del Estado. Esta figuraⁱ es de gran relevancia, como veremos más adelante, ya que es una de las influencias más importantes en la aplicación de la salud pública en España, entre otros países, durante el siglo XIX. ¿Qué implicaba la policía médica? Sus funciones fueron el control y vigilancia de la salud poblacional a través de los *Physici*, médicos jurados remunerados por las municipalidades³¹. No sólo controlaban el ejercicio de otros profesionales de salud, sino que analizaban y registraban datos epidemiológicos y medioambientales, como el clima y la topografía³¹. El sistema de vigilancia, a través de varias

ⁱ La figura de la policía médica controlada por el Estado se desarrolla en su obra *System einer vollständigen medicinischen Polizey (Sistema de una completa policía médica, 1779-1817)*, primer tratado de higiene pública²⁷.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

leyes, extendió su poder de control en todos los estratos sociales, e incluso en el seno de las clases más bajas, tratando de llevar a cabo una vigilancia tanto de la población pobre autóctona como de la extranjera³¹. La aplicación de los principios de higiene a través de la legislación pasó a fundamentarse en la ciencia moderna con el desarrollo de la ciencia experimental en Alemania. Destaca la obra *Handbuch der Hygiene (Tratado de higiene, 1882)*, dirigido por Max von Pettenkofer y por Hugo von Ziemssen²⁷. Posteriormente pasaría a un primer plano la microbiología. Cabe recalcar que la policía médica se generó en un contexto concreto, basado en los principios cameralistas y el espíritu conservador existente en Alemania por aquel entonces, es por eso que el concepto autoritario y paternalista de la policía médica fue adaptado a la ideología sociopolítica de cada país y continúa transformándose³⁰.

El urbanismo francés

En el caso de Francia, la medicina social no se apoyó tanto en el Estado como en el proceso de **urbanización**. A finales del siglo XVIII, tanto los poderes públicos como privados observaron la necesidad de "organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado"⁵. Según Foucault esto se dio por dos razones, una de orden económico y otra de orden político. En el plano económico, las urbes comenzaban a ser los principales centros del mercado y producción, por lo que la unificación de las relaciones comerciales bajo una única jurisdicción resultaba ser una forma de control más lucrativa. En lo político, las ciudades comenzaron a ser núcleos de inestabilidad social debido a la precariedad de las condiciones laborales, al hacinamiento y a las epidemias urbanas. Surge lo que Foucault llama el "temor urbano", algo que fue extrapolado a numerosas ciudades, siendo Madrid una de las más resonadas. Las condiciones de vida extremadamente precarias alentaban a las clases más desfavorecidas a las "revueltas de subsistencia"⁵, que cada vez eran más frecuentes. La salud por aquel entonces era una preocupación generalizada. Es interesante la distinción que surge a partir de la Revolución Francesa (1789-1799) entre salud y **salubridad**, un concepto que resulta fundamental en la salud pública. Entendiendo salubridad como la salud dependiente del medioambiente en que viven individuos y organizaciones socioculturales (familias, comunidades de vecinas, clases escolares etc.). Aunque en Alemania también se entendió que la salud de las personas estaba determinada por condicionantes sociales, fue en Francia donde esto cobró protagonismo, yendo más allá de la regulación y control de los individuos y poniendo el foco sobre los recursos naturales como el agua y el aire, así como en la disposición del espacio urbano: la ventilación de las ciudades, la circulación del aire, la amplitud de las calles, los cementerios y los mataderos fueron regulados desde la perspectiva de la salud pública⁵ Esta visión fue cada vez más extendida entre los higienistas de la época, siendo otra de las influencias importantes en España²⁶. La salud pública no estuvo tan centralizada como en Alemania, sin embargo, a través del municipalismo se consiguió en cierta medida llegar a las clases más pobres³¹, "dicho modelo cristalizó definitivamente en 1848 en una estructura integrada por un consejo nacional de higiene, consejos departamentales y delegados locales"²⁷. Los principios de

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

la centralización municipalista surgen a partir de la creación del *Comité de Salubrité* por la Asamblea Constituyente durante la Revolución Francesa en 1790²⁷.

Inglaterra y la salud laboral

El proceso de industrialización comenzó en Inglaterra a mediados del siglo XVIII¹⁷, siendo el país con mayor crecimiento de población obrera y por ende donde empezaron a notarse los estragos sociosanitarios que afectaban fundamentalmente al proletariado y, sin embargo, fue el país más reticente al intervencionismo estatal en la salud poblacional. La atención sanitaria se basó durante mucho tiempo en la caridad de la iniciativa privada, también en la gestión de los hospitales^j. La mentalidad de "laissez-faire, laissez passer" perduró durante mucho tiempo, hasta aproximadamente 1870: la inversión colectiva en infraestructura urbana básica como la depuración del agua o sistemas de gestión de residuos fue mínima³² a pesar de que la importancia de la higiene ya había sido descrita por autores como Edwin Chadwick, precursor de la institucionalización de la higiene pública. Chadwick publicó en 1842 el informe *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, en el cual visibilizó las necesidades de centralización de la higiene pública³². Cabe destacar que Chadwick encabezó la institucionalización de la estadística sanitaria, que serviría como modelo al resto de Europa²⁷. Sin embargo, el interés por el control de la sanidad surgió en el contexto de la salud laboral con claros fines mercantilistas: "la salud y la muerte son una pérdida de recursos humanos, de forma que la salud de la población ha de ser considerada como un factor tan importante para la colectividad que no puede abandonarse a la incertidumbre de la iniciativa²⁷. Fue entonces la salud laboral uno de los focos en los que se centró la asistencia sanitaria. A través del Poor Law Amendment Act en 1834 se pretendió reducir e incluso suprimir los socorros a domicilio, establecidos desde 1606 en la Poor Law con el fin de proteger a la población más pobre, basándose en que la población obrera se había aprovechado de la beneficencia en perjuicio de la economía nacional³². Esta ley generó mucha controversia y rechazo entre dirigentes políticos y en la sociedad. Entre otras cosas esta ley recogió una nueva forma de control médico de la población, que posteriormente -en torno a 1870- fue completada por otras medidas legislativas, estableciendo los sistemas de "health service" que desempeñaron tareas como "el control de la vacunación, (...) el registro de epidemias (y) la identificación de lugares insalubres⁵. Según Foucault, "la medicina social inglesa (...) permitió vincular tres cosas: la asistencia al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de salud pública"⁵.

^j Como describe Hudemann-Simón: "estos donativos no eran solo de naturaleza filantrópica, pues conferían prestigio social y daban un poder real al suscriptor, *governor* o administrador de oficio del hospital"³¹.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

V. UNA FIGURA CLAVE DE LA SALUD PÚBLICA: LA ENFERMERA VISITADORA

Hasta ahora se han descrito a grandes rasgos la evolución del panorama sociosanitario en Madrid, contextualizando las influencias a nivel europeo. El sistema económico y los sistemas políticos se adaptaron a estas transformaciones, en el caso de Madrid, a través de la modificación del espacio urbano, la redistribución de los trabajadores en el sistema laboral y la modificación del sistema sanitario de tal forma que permitiese abarcar en mayor medida las necesidades de la población. Enfermería no fue una excepción a este proceso de modernización generalizada³³.

A comienzos del siglo XX, la enfermera especialista en Salud Pública, cuya figura precedente moderna fue la "District Nurse"³⁴ en Inglaterra, ya era una realidad en países como Francia, Estados Unidos, Australia o Canadá. La institucionalización de la enfermera visitadora en España fue un camino accidentado que, debido al estallido de la Guerra Civil en 1936, no pudo cristalizar tal y como venía entendiéndose desde las últimas décadas del siglo XIX: a través de la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias. La figura de la enfermera visitadora no surgió como tal en España hasta 1920, siendo una de las causas de este retraso respecto al resto de Europa lo tardío que fue el proceso de secularización, es decir, la desvinculación de la enfermería a las órdenes religiosas³⁵.

Antecedentes de la enfermera visitadora

La influencia de la Reforma protestante iniciada por Lutero tuvo repercusiones que trascendieron el ámbito religioso³⁶. La ruptura con la opulencia de la Iglesia Católica hizo que se volviese al ideario cristiano original. Una de las ideas que se manifestó en la atención sanitaria fue que la misericordia con el pobre, con el enfermo, no expía de los pecados: la caridad no limpia el alma³⁴. La atención caritativa por parte de organizaciones religiosas que se había brindado hasta entonces se desprestigió e incluso llegó a prohibirse, cerrando así numerosos hospitales llegando hasta tal punto que en Inglaterra se "habilitaron" las cárceles para atender a los enfermos³⁴. Existían excepciones en Inglaterra de atención sanitaria ofrecidas generalmente por mujeres de clase alta durante el siglo XVI, como Lady Grace Mildmay. Esta tendencia continuó y se impulsó a comienzos del siglo XIX con el auge del feminismo victoriano^{34, 37}.

Es en este contexto donde encontramos a Florence Nightingale (1820-1910), cuya influencia en el nacimiento del Cuerpo de Enfermeras Visitadoras fue clave desde dos puntos de vista: el epidemiológico y el formativo. Por una parte, Nightingale enfoca la salud pública a la esfera comunitaria y especialmente al entorno doméstico, dando la principal responsabilidad a la mujer, en quien recae el cuidado del hogar. En su libro *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*, populariza o "democratiza" la figura de la enfermera, siendo la mujer cuidadora el sustrato primario de ella: cualquier mujer es necesariamente cuidadora y por ende tiene potencial de enfermera. En sus propias palabras:

"Toda mujer (...) ha tenido a su cargo en algún momento de su vida la salud personal de alguien (...), cada mujer es una enfermera."³⁸

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

Su modelo formativo se concentró especialmente en la mujer como cuidadora del ámbito doméstico, preferible al del ámbito hospitalario, centrándose en su labor como educadora en materias de salud³⁴. A pesar de ello, sostiene la formación de un cuerpo de conocimientos propio de enfermería, destacando el carácter vocacional y la total entrega y dedicación que deben tener las enfermeras: vio la enfermería como “misión de salud”³⁴. Es por ello que los requisitos para entrar al Nightingale Training School for Nurses, fundada por ella misma en 1860, eran de los más exigentes³⁴. Su modelo formativo estuvo influenciado especialmente por las Diaconisas de Kaiserswert en Alemania, donde recibe una formación de 3 meses³⁴.

Por otra parte, su enfoque epidemiológico centrado en las condiciones medioambientales como determinantes de salud respondió muy bien a la realidad del momento. Este estuvo influenciado en primer lugar por su labor fundamentalmente gestora y epidemiológica en hospitales de guerra durante la Guerra de Crimea (1853-1856) y las revueltas en la colonia inglesa en India en 1857³⁴. En segundo lugar, Nightingale fue testigo de las condiciones socioeconómicas y de salud de la población obrera durante la industrialización en Inglaterra³⁴, entendiéndolo que la mejora de la segunda pasaba necesariamente por un cambio en la primera.

Aunque Nightingale ha tenido repercusiones en el desarrollo de la formación y profesión enfermera en todo Occidente, España siguió un desarrollo diferente debido a la influencia de la contrarreforma católica³⁹, iniciada tras el Concilio de Trento en 1545 hasta mediados del siglo XVII. Uno de los resultados fue el refuerzo y la creación de órdenes religiosas. Entre ellas destacan la Orden de San Juan de Dios (España, 1572) y las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl (Francia, 1663). Las órdenes religiosas en España fueron las responsables de la atención sanitaria durante buena parte del siglo XVIII hasta que, debido a reformas secularizadoras como las desamortizaciones de Mendizábal, que se llevaron a cabo en todos los ámbitos de la sociedad, la atención del enfermo pasó a estar desde mediados del siglo XIX también en manos de practicantes por una parte y matronas por otra, aunque nunca llegaría a desvincularse del todo de la religión cristiana.

Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl tuvieron una influencia muy importante en la construcción de la enfermera visitadora. Así lo identificó Concepción Arenal Ponte (1820-1893), precursora de la enfermera visitadora profesional en España⁴⁰. Aunque Concepción Arenal presentó una imagen mucho más moderna de lo que debía ser una enfermera, insistió en la importancia de la perspectiva religiosa en la aplicación de los cuidados: “Cada enfermera de salud pública debería conocer su bella descripción de las Hermanas, pues es aplicable a nuestras enfermeras modernas: Su convento debe ser las casas de los enfermos; su celda la habitación del que sufre; su capilla la iglesia parroquial; su claustro las calles de la ciudad, o las salas de hospital; en lugar de la regla que ata a las monjas a la clausura debe ser el voto general de obediencia; la reja a través de la que ellas hablan debe ser la fe en Dios; el velo que las excluye del mundo debe ser la santa modestia”⁴⁰. Otra de las cuestiones claves que planteaba es la necesidad de realizar una valoración enfermera holística teniendo en cuenta la coyuntura social,

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

esto hace especial referencia al abordaje de las causas sociales de la enfermedad. Aunque Concepción Arenal no desarrolló un cuerpo teórico estructurado, esta sería la línea a seguir en la fructífera intervención de enfermeras visitadoras a partir de 1920.

La médica Nieves González Barrios (1884-1965) fue también una antecesora importante en la conformación del modelo formativo de enfermeras visitadoras⁴⁰. En su libro *Organización y reglamentación del cuerpo e institución de enfermeras visitadoras y acción cultural de las mismas*, publicado en 1930, sitúa la clave del desarrollo de la enfermería en la reglamentación de la formación. Su idea era que la enfermera visitadora debía ser primero una enfermera generalista y posteriormente especializarse⁴⁰. También promovió los intercambios con otros países como Francia, Inglaterra o Estados Unidos. Siguió la misma línea que Concepción Arenal en cuanto a la función que debía tener la enfermera visitadora, aunque realzó el papel de enfermera como mediadora entre la profesión médica y la población⁴⁰.

Ámbitos de formación y aplicación de la enfermera visitadora

Hasta comienzos del siglo XX sólo se habían regulado en España las profesiones de practicante y matrona a través de la real orden del 16 de noviembre de 1888. Su cometido era "auxiliar la parte mecánica y subalterna de la cirugía"⁴⁰. Esta normativa se vería modificada a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904, que reguló entre otras profesiones la del "arte de los partos" y los practicantes. No sería hasta 1915 que el Ministerio de Instrucciones Públicas y Bellas Artes publicase el Real Decreto que permitió la acreditación de enfermera a través de un título oficial a todas aquellas que demostrasen sus conocimientos en un examen teórico-práctico realizado en la Facultad de Medicina de Madrid⁴¹. También se publicó el plan de formación, que estuvo orientado a la práctica asistencial hospitalaria hasta 1930. Era evidente que la formación dejaba mucho que desear, así lo constató también el informe de la Fundación Rockefeller en 1931 elaborado por la enfermera Frances Elisabeth Crowell (1875-1950)⁴⁰. Sin embargo, el trabajo de campo del informe destacaba el resultado positivo de la intervención de enfermeras visitadoras que empezaron a surgir a partir de los años veinte en España. La Fundación Rockefeller, tras analizar la salud pública en España en el *Report on Public Health in Spain* elaborado en 1924 por Charles Bailey en 1924⁴², becó entre 1920 y 1925 a una enferma entre otros profesionales y entre 1925 y 1930 a 15 enfermeras para formarse en materia de salud pública⁴².

Una de las primeras instituciones dedicadas a la formación de enfermeras visitadoras fue la **Escuela Nacional de Puericultura**⁴³. Los Institutos Nacionales de Puericultura, así como los centros Gota de Leche, que tenían como función la protección y vigilancia de la salud materno-infantil, existían en España desde comienzos del siglo XX^k, motivados especialmente por la elevada mortalidad infantil²². La primera causa de mortalidad infantil en España era la diarrea²², que estaba directamente relacionada con la alimentación inadecuada -sobre todo durante la

^k En Madrid el Instituto Municipal de Puericultura se inauguró en junio de 1914.

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

lactancia artificial- por falta de conocimientos y recursos como biberones o tetinas. La Escuela Nacional de Puericultura se activó en 1926 con el fin de formar a profesionales capaces de impartir formación a las madres, así como llevar un seguimiento de la infancia⁴³. Entre las enseñanzas impartidas se encontraba la profesión de *visitadora puericultora*. Para acceder a ella las mujeres debían estar en posesión del título de bachiller o maestra, o en su defecto, realizar un examen de acceso⁴⁰. La formación impartida a las visitadoras se modificó en 1932 y en 1935⁴⁰, esta incluía: “eugenesia y puericultura intrauterina, puericultura de la primera y la segunda infancia, puericultura social y laboratorio aplicado a la puericultura”⁴⁰. La formación teórica se complementaba con visitas domiciliarias a modo de prácticas⁴⁰.

La **Escuela Nacional de Sanidad**, fundada en 1924, “es fruto de (...) considerar la salud como un derecho de la población y un deber del Estado y los poderes públicos”³⁴. Contó con el apoyo del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XII y el Hospital del Rey para infecciosos⁴⁴. El objetivo de la Escuela fue la incorporación a la formación de profesionales sanitarios en los últimos conocimientos sobre higiene y salud pública moderna de tal forma que se podría dar una respuesta efectiva a la población general, especialmente la más vulnerable. Gustavo Pittaluga Fattorini, director de la Escuela entre 1930 y 1932, afirmó que:

“La preparación de un Cuerpo de Enfermeras sanitarias, perentoria necesidad de la Higiene pública española, será objeto de especiales cuidados por parte de la Dirección de la Escuela.”⁴⁰

Ayudaron también la creación de una Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras⁴⁴, que, como se ha mencionado, nunca llegó a ponerse en marcha. La Escuela ofreció cursos de 3 meses de duración para formar enfermeras visitadoras. El programa del curso incluía formación teórica en: “higiene general, higiene del trabajo, higiene escolar, higiene de la alimentación, estadística sanitaria y demografía, medicina social, fichas epidemiológicas, propaganda, ficha y hoja clínica, ficheros y archivos, administración y legislación sanitaria; así como formación práctica”⁴⁵.

Una de las escuelas de enfermería más importantes en el país fue la **Escuela de Enfermería de la Cruz Roja** en Madrid, fundada en 1918 y dependiente de la Cruz Roja Española³⁴. El desarrollo de la Cruz Roja a nivel internacional y nacional ha estado asociado a los conflictos bélicos. La formación de las enfermeras, siendo la categoría profesional superior la “dama enfermera” -a la cual pertenecían mujeres de los estratos sociales más altos-, fue de las más completas de la época, orientada especialmente a la sanidad militar y a la asistencia en el medio hospitalario. Además, la Escuela contó con el Curso Internacional de Enfermera Visitadora, donde enfermeras seleccionadas se formaron en Inglaterra en materia de higiene durante nueve meses³⁴. En 1931 la Cruz Roja ya contaba con una sección de enfermeras visitadoras formada por 12 enfermeras⁴³. Dos años antes, en 1929, publicarían un informe sobre los resultados positivos de su actividad. Colaboraron con los dispensarios antituberculosos de Madrid, concentrando la mayor parte de su actividad en Puente de Vallecas³⁴, que, como se explicó al comienzo de este trabajo, era uno de los lugares más insalubres y azotados por la enfermedad. De hecho, la mayor parte de las

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936: LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

visitas domiciliarias eran por motivo de la tuberculosis³⁴. También intervinieron de forma exitosa en los casos de poliomielitis en la infancia³⁴.

La Asociación Profesional de Enfermeras Visitadoras

Uno de los pasos más importantes que se dieron hacia la creación de una organización profesional de enfermeras visitadoras fue la creación de la Asociación Profesional de Enfermeras Visitadoras creada en marzo de 1934 y presidida por la enfermera militar Mercedes Milá Nolla (1895-1990)⁴⁰. Su objetivo principal fue "el fomento de todas las actividades encaminadas a mejorar la Salud Pública, en la mejora de la formación técnica de las enfermeras, y en conseguir de los poderes públicos los apoyos necesarios para garantizar el progreso de la profesión"⁴⁰.

La intervención de las Enfermeras Visitadoras se dividía en dos partes. La primera consistía en una valoración de las condiciones socioeconómicas de la familia, centrándose en los hábitos higiénicos, la salubridad de la vivienda y la alimentación⁴⁰. En la segunda parte la enfermera intervenía haciendo fundamentalmente una labor de educación para la salud. Ésta consistía en enseñar estrategias que potenciasen la higiene de sus condiciones de vida⁴⁰ y les protegiesen de las enfermedades más prevalentes como la tuberculosis o las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis.

Las enfermeras visitadoras fueron muy reivindicativas en cuanto a la mejora de su formación, exigiendo la apertura inmediata de Escuelas de Visitadoras³⁵.

Aunque este trabajo se haya centrado en la ciudad de Madrid, su labor fue clave durante la en la mejora de la salud pública en España. El gobierno de la IIª República también lo terminó identificando así, y fue entonces, como se ha visto, que se desarrollaron medidas de salud pública en las que la enfermera cada vez tenía un rol más protagonista⁴⁶. A pesar de ello las enfermeras se han tenido que enfrentar a toda clase de desprestigio e impedimentos a lo largo de su historia. Ser mujeres ha sido un motivo central por el que el camino hacia el reconocimiento de la profesión haya sido tan tortuoso. Tuvieron que enfrentarse a las autoridades públicas, en su totalidad masculinas hasta el comienzo de la IIª República Española; a los médicos y sus instituciones; e incluso a los practicantes, cuya identidad se basó en la superioridad por su cercanía a los médicos y "sensación de dominio frente a las enfermeras"³⁵. Es por ello que el movimiento feminista, especialmente ferviente durante la IIª República⁴⁷, ha sido trascendental en el desarrollo profesional de la enfermería.

CONCLUSIONES

Los cambios sociales provocados por el auge del sistema capitalista no dejaron indiferente a ninguna ciudad europea. El caso de Madrid fue peculiar: el proceso de industrialización fue tardío ya que, por sus condiciones geográficas y el retraso en el desarrollo tecnológico, no se convertiría en centro neurálgico de España hasta bien entrado el siglo XX.

La primera etapa del desarrollo industrial generó en Madrid cambios sociales y urbanísticos que, siguiendo la estratificación en clases sociales, dividieron la ciudad en dos realidades completamente distintas.

Las clases bajas, al igual que sucedió en el resto de ciudades que vivieron el mismo proceso, fueron quienes padecieron las peores consecuencias de este novedoso modelo. Por una parte, encontramos la marginalización de las barriadas de extrarradio, donde es difícil determinar a finales del siglo XIX las condiciones exactas de vivienda, así como su relación con la salud debido a la falta de presencia e intervención institucional. Por otra parte, encontramos las condiciones de infravivienda e insalubridad en las zonas periféricas de la ciudad original, hoy distritos céntricos; donde existe una buena documentación.

La relación entre las condiciones materiales de vida con la salud es clara. Los higienistas de la época, así como enfermeras en el panorama europeo lo identificaron, y pronto alarmaría a las autoridades públicas.

La situación insostenible propició una reforma radical en el sistema sanitario. Fue entonces cuando se llevaron a cabo intervenciones en el ámbito de la salud pública, especialmente en los barrios más afectados: los barrios bajos de Madrid.

Dentro del panorama sanitario encontramos la incipiente enfermera visitadora moderna, cuya necesidad ya fue identificada en otros estados europeos, y que, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, comienza a gestarse en España.

Con la aprobación del programa de enfermería en 1915 se establece en España una base formativa sobre la que se irán desarrollando distintas escuelas. Las escuelas pioneras en incluir en su programa formación de visitadora son la Escuela Nacional de Puericultura, la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja en Madrid y la Escuela Nacional de Sanidad.

El mayor impulso para la enfermería se da en el contexto de la IIª República Española, coincidiendo con una activación del movimiento feminista. Se plantea el proyecto de Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias, que finalmente no cristalizará debido a la lentitud en su instauración y al estallido de la Guerra Civil Española en 1936.

A pesar de ello, las enfermeras que reciben formación de visitadoras se organizan formando la Asociación Profesional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias.

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

Las enfermeras visitadoras tuvieron un gran impacto en la población, tratando los aspectos sociales de la enfermedad para conseguir prevenirla a través de la educación para la salud. Su ámbito de actuación fueron especialmente los barrios bajos de Madrid, llevándose a cabo numerosas intervenciones con resultados satisfactorios.

El análisis de estas realidades históricas permite resituar los antecedentes de la Enfermería, en muchos casos adaptados a las necesidades sociales, y que han ido evolucionando, y en muchos casos involucionando, hasta llegar a la realidad actual en la que Enfermería tiene mucho que mostrar y ganar en una sociedad que precisa con apremio más cuidados que nos alejen de la atención sanitaria tecnificada, que inevitablemente nos deshumaniza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jefatura del Estado. Ley 52/2007, de 26 de diciembre, por la que se reconocen y amplían derechos y se establecen medidas en favor de quienes padecieron persecución o violencia durante la guerra civil y la dictadura [Internet]. 2007. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/12/27/pdfs/A53410-53416.pdf>
2. Almansa Martínez P. La formación enfermera desde la sección femenina. *Enfermería Glob* [Internet]. 2005;(7):1–11. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/484/468>
3. Ritzer G. *Teoría Sociológica Contemporánea*. 3rd ed. Mc Graw Hill, editor. México; 1993.
4. Berger PL, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. 18th ed. Paraguay S.A., editor. Buenos Aires; 2003.
5. Conrad P, Barker KK. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *J Heal Soc Behav* [Internet]. 2010;51(Extra Issue: What Do We Know? Key Findings from 50 years of Medical Sociology):S67–79. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022146510383495>
6. Conrad P. Medicalization. Context, Characteristics, and Changes. In: John Hopkins University Press, editor. *The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. 1st ed. Baltimore; 2007. p. 3–19.
7. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud* [Internet]. 1977;11(1):3–25. Available from: <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault, M. Historia de la medicalizaci%F3n.pdf>
8. Brown P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *J Heal Soc Behav* [Internet]. 1995;35(Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology):34–52. Available from: <http://www.aleciashepherd.com/writings/articles/other/Naming and framing The social construction of diagnosis.pdf>
9. Cunningham A. Identifying disease in the past: cutting the Gordian knot. *Asclepio* [Internet]. 2002;54(1):13–34. Available from: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewFile/133/130>
10. Le Breton D. *Antropología del cuerpo*. 1st ed. Ediciones Nueva Visión, editor. Buenos Aires; 2012.
11. Varela N. *Feminismo para principiantes*. 1st ed. B de Bolsillo, editor. Barcelona; 2008.
12. Butler J. *Deshacer el género*. 1st ed. Paidós Ibérica S.A., editor. Barcelona; 2006.

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

13. Mayayo P. Mujeres, arte y nuevas tecnologías. In: Cátedra Ediciones, editor. Historias de mujeres, historias de arte. 8th ed. Madrid; 2018. p. 225–70.
14. Herrero Y. Propuestas ecofeministas para un sistema cargado de deudas. Rev Econ Crítica [Internet]. 2011;(13):30–54. Available from: http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n13/2_REC13_Articulo_Y_Herrero.pdf
15. Heuchan C. Interseccionalidad: definición, historia y guía [Internet]. Afrofeminas. 2019 [cited 2019 May 20]. Available from: <https://afrofeminas.com/2019/01/24/interseccionalidad-definicion-historia-y-guia/>
16. Jabardo M, Truth S, Wells I, Hill Collins P, Davis A, Stack C, et al. Feminismos negros. Una antología. Jabardo M, Sueños T de, editors. Madrid: Traficantes de Sueños; 2012.
17. Federicci S. El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo. 1st ed. Traficantes de Sueños, editor. Madrid; 2018.
18. Wallerstein IM. El moderno sistema mundial. Vol. 1: La agricultura capitalista y los orígenes de la economía-mundo europea en el siglo XVI. 1st ed. Editorial Siglo XXI, editor. Madrid; 1979.
19. Meiksins Wood E. La prístina cultura del capitalismo. Un ensayo histórico sobre el Antiguo Régimen y el Estado Moderno. 1st ed. Traficantes de Sueños, editor. Madrid: Traficantes de Sueños; 2018.
20. Riesco-Sanz A. Fordismo y (post) fordismo. Diagonal Periódico [Internet]. 2014 Jan 18 [cited 2019 Jun 13]; Available from: <https://www.diagonalperiodico.net/saberes/21418-fordismo-y-postfordismo.html>
21. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Estadísticas Históricas: Censos y Padrones [Internet]. [cited 2019 Jun 1]. Available from: http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/otros/iserieshistoricas_pob.htm
22. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Principales Crecimientos [Internet]. Estadísticas históricas. Censos de población 1857-1900. Available from: http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/otros/iserieshistoricas_pob5700.htm
23. Vicente F, Carballo B. Ser inmigrante en madrid (1860-1930). In: del Arco MA, Ortega A, Martínez M, editors. Ciudad y Modernización en España y México [Internet]. 1st ed. Granada: Universidad de Granada; 2013. p. 441–6. Available from: https://www.academia.edu/12438199/Ser_inmigrante_en_Madrid_1860-1930_
24. Díaz Simón L, Otero Carvajal LE. Los barrios bajos de Madrid 1880-1936. 1st ed. Los libros de la Catarata, editor. Madrid; 2016.

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

25. Instituto Nacional de Estadística. Censos y padrones [Internet]. Fondo documental histórico INE. [cited 2019 Jun 1]. Available from:
<http://www.ine.es/inebaseweb/25687.do#>
26. Madrid A de. 150 Aniversario del Anteproyecto de Ensanche de Madrid aprobado el 19 de julio de 1860. In: Plan Castro 150 años [Internet]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Urbanismo y Vivienda; 2010. Available from:
<https://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaUrbanismo/PlanCastro/plancastrocorr.pdf>
27. Santa Cruz Astorqui J. Estudio tipológico, constructivo y estructural de las Casas de Corredor en Madrid [Internet]. Universidad Politécnica de Madrid; 2012. Available from:
http://oa.upm.es/14326/1/JAIME_SANTA__CRUZ_ASTORQUI_PARTE_I.pdf
28. Hauser P. Madrid Bajo el Punto de Vista Médico-Social. Segunda Parte. [Internet]. Establecimiento Tipográfico <<Sucesores de Rivadeneyra>>, editor. Madrid: School of Hygiene & Tropical Medicine Library & Archives Service; 1902. Available from:
<https://archive.org/details/b21358898/page/6>
29. López Piñero JM. Breve historia de la medicina. 2nd ed. Alianza Editorial S.A., Herederos de José María López Piñero, editors. Madrid; 2017.
30. Díaz Simón L. El cólera de 1885 en Madrid: catástrofe sanitaria y conflicto social en la ciudad epidemiada. In: Agua de la Roza J, Nieto Sánchez JA, París Martín Á, Sánchez Escobar FM, Zofío Llorente JC, editors. Veinticinco años después: Avances en la Historia Social y Económica de Madrid. 1st ed. Madrid: Ediciones Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
31. Isabel PGM. Luchando contra una de las causas de invalidez: antecedentes, contexto sanitario, gestación y aplicación del Decreto de Vacunación Obligatoria contra la Viruela de 1903. *Asclepio* [Internet]. 2004;56(1):145–68. Available from:
<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/75/78>
32. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. 1st ed. Siglo XXI Editores S.A., editor. Madrid; 1985.
33. Hudemann-Simon C. La conquista de la salud en Europa 1750-1900. 1st ed. Siglo XXI España Editores S.A., editor. Madrid; 2017.
34. Szreter S. Industrialization and health. *Br Med Bull* [Internet]. 2004;69(1):75–86. Available from:
https://watermark.silverchair.com/ldh005.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAac485ysgAAAjYwgglyBgkqhkiG9w0BBwagggIjMIIChwIBADCCAhgGCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkgBZQMEEAS4wEQQMe59hZC1CYfXCiz5CAgEQgIIB6fAlf5

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

yErlwqBeeqg61tBNVWYj4CK1dD37IEc1CdPEz_dLaq

35. Galiana-Sánchez ME, González Flores A, Maceiras-Chans JM, Bernabeu Mestre J. Género, autonomía y poder en el desarrollo de la Enfermería Comunitaria en España: balance historiográfico y nuevos enfoques. In: Campos Marín R, González de Pablo Á, Porras Gallo MI, Montiel L, editors. Medicina y poder político. 1st ed. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 2014. p. 65–70.
36. Aparicio Goñi I, Hernández Conesa JM, Beneit Montesinos JV. Historia del sistema formativo de las enfermeras visitadoras de la Cruz Roja Española. 1st ed. Diego Marín Librero Editor, editor. Murcia; 2011.
37. Galiana-Sánchez ME, Bernabeu Mestre J. Género y desarrollo profesional: Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras 1925-1939. Feminismo/s [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 16];(18):225–48. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25502/1/Feminismos_18_12.pdf
38. Webber M. The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism. 20th ed. London: Unwin Hyman Ltd.; 1989.
39. Pérez-Vico Días de Rada L, Duarte-Climens G, Sánchez Gómez MB, Gómez-Salgado J. Historia de la enfermería familiar y comunitaria en España: una revisión de la literatura. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2018;6(2):20–33. Available from: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=6490891>
40. Nightingale F, Dunbar VM, Dolan MB. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Salvat D.L., editor. Barcelona; 1990.
41. Medrano Pérez J. Las Hijas de la Caridad, la vida en la Congregación: Reglas para la Vida y el Trabajo. In: IV Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres [Internet]. Jaén: Archivo Histórico Diocesano de Jaén; 2012. p. 4. Available from: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:2wKAV4fpSwsJ:scholar.google.com/+enfermería+y+contrarreforma+católica&hl=es&as_sdt=0,5
42. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1877) [Internet]. 1st ed. Publicaciones de la Universidad de Alicante, editor. Murcia; 1999. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14595/1/Bernabeu_Gascon_Historia_enfermeria.pdf
43. Artes M de IP y B. Real Orden. Programa para la enseñanza de la profesión de enfermera. La Gac Madrid [Internet]. (141):484–6. Available from: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1915/141/A00484-00486.pdf>

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

44. Pedraz Marcos A. La Edad Dorada de la Enfermería Española. In: Publicaciones Universidad Autónoma de Madrid, editor. Acto de Nombramiento de Profesora Honoraria Pro Vita de D^a María Victoria Antón Nardiz [Internet]. Madrid; 2010 [cited 2019 Jun 17]. p. 3–30. Available from: https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/15/Conferencia._Homenaje_Ma_Victoria_Antón-2.pdf
45. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis Acta Hisp ad Med Sci Hist Illus* [Internet]. 1995;(15):151–76. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/16372299.pdf>
46. Mestre JB. El Papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el Desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* [Internet]. 1994 [cited 2019 Jun 1];68(0):65–89. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20308/1/Bernabeu_Papel_Escuela.pdf
47. Gómez J, Manoli R, Pozo D. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España. *Cult los Cuid* [Internet]. 1999 [cited 2019 Jun 17];3(5):20–8. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC_05_04.pdf
48. Castro-Molina FJ, Rodríguez-Novo N, Martín-Casañas F-V. Sanidad y la II^a República Española (1931-1936): la creación de la figura de la primera Directora de Enfermeras. *Cult los Cuid* [Internet]. 2017;21(48):78–85. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69273/1/CultCuid_48_10.pdf
49. Vadillo J. Las mujeres y la II^a República. *Diagonal Periódico* [Internet]. 2016 Apr 14; Available from: <https://www.diagonalperiodico.net/saberes/30039-la-mujer-y-la-ii-republica.html>

LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA
Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

ANEXOS

ANEXO I: CRECIMIENTO URBANÍSTICO A TRAVÉS DE PLANOS HISTÓRICOS DE MADRID:
1848- 1861-1918-1931



Fuente: Instituto Geográfico Nacional, Ministerio de Fomento y Memoria de Madrid, Archivo Digital del Ayuntamiento de Madrid.

ANEXO II: DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN MADRID EN 1905

TABLA 1
 BARRIOS DE MORTALIDAD MÁXIMA EN MADRID, 1905

BARRIO	POBLACIÓN	Nº DE DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD (%)
Doctor Fourquet*	6.367	443	69,58
Santa María de la Cabeza	5.687	317	55,74
Cardenal Cisneros	4.058	178	48,86
Bellas Vistas	5.936	280	47,17
Huerta del Bayo	4.885	226	46,26
Balmes	6.249	288	46,09
Aguas	5.497	241	44,65
Humilladero	4.099	181	44,15
Calatrava	5.924	255	43,05

* La cifra especialmente excesiva que ofrece el barrio del Doctor Fourquet se debe a que en dicho barrio se encontraba el Hospital Provincial, y parte de las defunciones registradas en este establecimiento (personas sin domicilio conocido, etc.) se sumaban a las de los vecinos del barrio, produciéndose un desfase que resulta imposible de corregir.
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en Ayuntamiento de Madrid (1906).

Figura 5: Barrios de mortalidad máxima en Madrid, 1905

Fuente: (24)

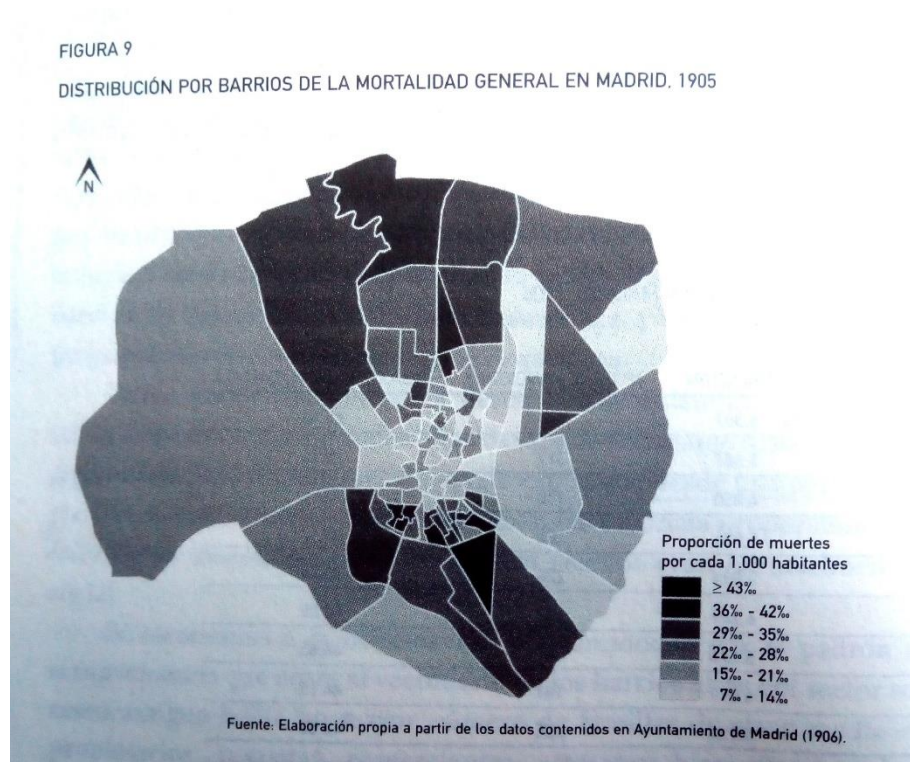


Figura 6: Distribución por barrios de la mortalidad general en Madrid, 1905

Fuente: (24)

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIOSANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

ANEXO III: MADRID A COMIENZOS DEL XX.



Fuente: Ayuntamiento de Madrid; Memoria de Madrid Archivo Digital y Archivo Regional fotográfico de la Comunidad de Madrid.



Fuente 4: Archivo Regional de la Comunidad de Madrid. Las cigarreras de Embajadores, 1925

**LA SALUD EN LOS BARRIOS BAJOS DE MADRID DESDE EL SIGLO XIX HASTA 1936:
LA ENFERMERA VISITADORA COMO RESPUESTA SOCIO SANITARIA**

Amaya Elizabeth Alonso Eguinoa, 2018-2019

ANEXO IV: ENFERMERAS EN MADRID. SIGLO XX.



Fuente: Archivo Regional fotográfico de la Comunidad de Madrid