DECONSTRUIR EL GÉNERO DEL CUIDADO TOMANDO POSICIÓN DESDE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

EDITORES

María López Vallecillo
Rubén Mirón González
Ramón del Gallego Lastra
Francisco Javier Castro Molina
Sergio Savoini Arévalo
José María Jiménez Pérez



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

DECONSTRUIR EL GÉNERO DEL CUIDADO TOMANDO POSICIÓN DESDE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

© de este volumen: Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería
© de los textos: sus autoras y autores

Edita:
Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería (SEPIHE). Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Pabellón 1, planta cuarta. Ciudad Universitaria s7n, 28040 Madrid. Julio 2026

Editores:
María López Vallecillo, Ramón del Gallego Lastra, Rubén Mirón González, Francisco Javier Castro Molina, Sergio Savoini Arévalo y José María Jiménez Pérez.

Evaluadores:
Luciana Barizon Luchesi, Francisco Javier Castro Molina, María Luez Fernández Fernández, Helena García Gómez, Mª Sagrario Gómez Cantarino, Alberto González García, María López Vallecillo, Noelia Martín Espinosa, Rubén Mirón González, Mª Isabel Morente Parra, Paula Joaquim Pinha Queirós, Fernando Porto, Jesús Manuel Quintero Febles, Susana María Ramírez Pérez, Carmen Nazareth Rodríguez Bacallado, Natalia Rodríguez Novo, Sergio Savoini Arévalo y Gilberto Tadeu Reis da Silva.

Los contenidos de este trabajo fueron presentados en el XIX Congreso Nacional y XIV Internacional de Historia de la Enfermería, celebrado en Valladolid los días 20, 21 y 22 de mayo de 2026.

Diseño de cubierta y maquetación: Diana Varela de la Fuente
Imagen de cubierta: fachada universidad de valladolid (archivo histórico provincial de valladolid. Mpd67-10).

ISBN: 978-84-09-93638-0

Deconstruir el género del cuidado tomando posición desde la historia de la enfermería © 2026 by Seminario Permanente para la Investigación en Historia de la Enfermería is licensed under CC BY-NC-ND 4.0.
To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

El SEPIHE no se hace responsable de la opinión expresada en los trabajos firmados.


Facultad de
Enfermería
Universidad de Valladolid


Universidad
de Valladolid


Seminario Permanente
para la Investigación de
Historia de la Enfermería


acHpe
Asociación Canaria de Historia
de la Profesión Enfermera


Red Iberoamericana de
Historia de la
Enfermería


ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA
Colegio Profesional de Valladolid


ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
Consejo de Colegios Oficiales de
Enfermería de Castilla y León


Colegio Oficial de Enfermeras
y Enfermeros de Cantabria


Ayuntamiento de
Valladolid
Turismo, Eventos y Marca Ciudad


Junta de
Castilla y León
Archivo Histórico Provincial de Valladolid

Presentación del libro

María López Vallecillo y José María Jiménez Pérez 11

Saludo del director del 'Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería' (SEIPHE)

Ramón del Gallego Lastra 15

CONFERENCIAS Y PONENCIAS

1. Deconstruir el género del cuidado tomando posición desde la historia de la enfermería 19

Ángeles del régimen: La feminización fascista de la enfermería italiana del siglo XX
Anna La Torre 20

Cuando el género define el cuidado, la experiencia del Hôtel-Dieu de París (Siglos VII-XVIII)
Cristina Teresa-Morales 27

Colegiación y género del cuidado: una lectura histórica sobre la profesionalización enfermera en España
Raúl Expósito González 34

La enfermería como capítulo de la historia del trabajo
Alba Masramon Cruzate 64

Los enfermeros en Castilla-La Mancha en tiempos de guerra y represión (1936-1945)
Helena García-Gómez 72

Trayectoria académica y profesional de un joven practicante durante la guerra civil española y su posterior exilio en Francia
Alexandre Sierra Oliva 79

Divulgación científica en Historia de la Enfermería: La escritura femenina como motor de desarrollo profesional y estrategias de publicación de alto impacto
Ana Choperena 87

2. Instituciones hospitalarias y órdenes religiosas 93

La actividad sanitaria de las beguinas. Análisis crítico y propuesta de investigación
Alberto González García y Noelia María Martín Espinosa 94

Los enfermeros obregones: la consolidación de la enfermería moderna entre hospitalidad, ciencia y cuidados
Ana del Hoyo Herrero, Isabel del Hoyo Herrero y María de Begoña Josa Laorden 103

Mapeando la identidad espiritual de la enfermería religiosa en Lleida: ecos de un legado histórico
Lorena-Lourdes Tejero Vidal, Miquel-Àngel Calderò Solé, Ines Vilà Panés, Cristina Subias Nogués y Carme Torres Penella 111

Historiar la caridad para repensar la historia de los cuidados en la España contemporánea
Berta Echániz Martínez 123

El legado de las hijas de la caridad desde una perspectiva de género: caridad hospitalaria y beneficencia en Valladolid
Miriam Martínez Digón, Elena Andina Díaz y María López Vallecillo 130

La enfermería parroquial como realidad histórica del cuidado
Borja García Blas, Crispín Gigante Pérez y Rubén Mirón González 137

3. Enfermería en contextos de conflicto y guerra 144

Cuidar y vigilar: rol de las enfermeras frente a la sífilis en la Guerra Civil
Ana Isabel Ganso Pérez, M.ª Eugenia Gómez de Enterría Cuesta, Martín Jesús Gutiérrez Morán, Mario Amo Blanco, Susana Santiago Fernández 145

Enfermeras de la Clínica de la Cruz Roja de Figueres durante la Guerra Civil española
Alicia Rey Miguel 156

El precio del compromiso. Enfermeras en las brigadas internacionales de la Guerra Civil Española (1936-39)
Cinta Sadurní Bassols y Gloria Gallego Caminero 163

De Lérida a Torre de Querol. Trayectoria de Carmen Segarra Gili, enfermera de guerra
Carme Torres Penella. Anna Ramió Jofre 170

Memorias de los sanitarios del ejército italiano en la campaña de Rusia (1941-1943)
Andrea Antonello, Elisa Rimoldi, Anna La Torre 177

4. Símbolos, imagen y relato 184

El corazón herido como matriz del cuidado en la Historia de la Enfermería
Ginés Mateo Martínez, María Carmen Sellán Soto y Antonio Vázquez Sellán 185

Enfermeras, mujeres y ángeles: género e identidad en el U.S. Army Corps durante la Segunda Guerra Mundial a través del análisis de productos culturales cinematográficos
Javier Fernández Castroagudín y Nieves Mayo Bazarra 193

El género en las profesiones cuidadoras a principios del siglo XX, visto desde la prensa
Noelia María Martín Espinosa y Alberto González García 202

Influencia del factor género en la representación de las enfermeras y de la enfermería en la prensa española (2005-2022)
Isabel Díaz-Suárez, Hildegart González-Luis, Ana Choperena Armendáriz y María José Hernández Leal 208

5. Matronas y competencias obstétricas 215

El parto arrebatado: la caza de brujas y la usurpación de las matronas en la Europa medieval
Mónica Viñas Hernández 216

La voz de la matrona: prueba pericial y requisitos del oficio en el siglo XVII
María Eugenia Gómez de Enterría Cuesta, Ana Isabel Ganso Pérez, Mario Amo Blanco, Martín Jesús Gutiérrez Morán y Marta Boronat Gorostiza 221

Apuntes y breve análisis sobre la cartilla de parteras de D. Domingo Rosain de 1824
Laura Gutiérrez Chicote 228

Evolución de las competencias de la matrona a España del siglo XX: análisis de género
Carla Capó Florit, Rosa Noell Boix, Maria Carmen Malagón Aguilera, Marta Roqueta Vall-Llosera 236

Aurora Pavón Muñoz. Practicante y matrona. De navegante a presidenta de las matronas gaditanas
Mariana García González y Manuel Cano Leal 244

Una vida entre partos y guardias: memoria oral de Adela del Barrio, matrona de Valladolid
Ana Isabel Ganso Pérez, M.ª Eugenia Gómez de Enterría Cuesta, Martín Jesús Gutiérrez Morán, Mario Amo Blanco, Susana Santiago Fernández 251

La matrona en España: evolución histórica y reconocimiento profesional
Inés Gutiérrez Carrera y Sara García Villanueva 261

6. Perspectivas transnacionales diversidad y políticas de salud 268

Homens e mulheres na enfermagem portuguesa
Paulo Joaquim Pina Queirós 269

Protagonismo fefinino e a consolidação da enfermagem neonatal: semelhanças no cenário luso brasileiro
Fernanda Batista Oliveira Santos, Isabelle de Souza Januaria, Beatriz de Godoy Gomes Salgueiro, Sérgio Deodato 279

De la herencia colonial a la gobernanza profesional: la enfermería namibia en la post-independencia
Pedro Campuzano Cuadrado, Rosauro Varo Cobos, María Jesús Girona Magraner, Irene Albertos Muñoz 287

Enfermería en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna
Sergio Savoini Arévalo 294

Percepción del estudiantado de enfermería sobre la influencia del género en la vida académica
José Antonio Iglesias Guerra 301

7. Historia local de los cuidados 308

La evolución de la atención hospitalaria en Santiago de Compostela: de la beneficencia cristiana a la modernización sanitaria
Emilio Rubén Pego Pérez, Isidoro Rodríguez Pérez, María Lourdes Bermello López 309

Mujeres de la Edad Moderna rompiendo el estereotipo social de los hospitaleros en Vitoria (Álava)
Manuel Ferreiro-Ardións y Juan Lezaun-Valdubieco 319

Las nodrizas del Hospital Real de Santiago de Compostela
María Lourdes Bermello López, Isidoro Rodríguez Pérez, Emilio Rubén Pego Pérez 325

El cuidado femenino en Alicante (1900-1950)
Ricardo Ribes Santos, Ana Lucia Noreña Peña y Antonio Claret García Martínez 333

Hospital provincial de Valladolid: perspectiva histórica en cuidados
María Inmaculada Sagarra Gervas 339

Historia de la enfermería vallisoletana: de la calidad a la profesionalidad
Cristina Coloma Díez y Rosa María Hernández Cifuentes 346

Historia de la enfermería en el Hospital Comarcal de Granollers
Carmen Vila Gimeno, Amelia Guilera Roche y Anna Ramió Jofre 353

8. Militarización y profesionalización 360

Análisis histórico de los modelos de enfermería en el hospital de San Carlos
Manuel Cano Leal y Mariana García González 361

Elvira López Mourín: pionera en la enfermería profesional y militar en España
Isidoro Rodríguez Pérez, Emilio Rubén Pego Pérez y María Lourdes Bermello López 369

Perfil de las enfermeras de sección femenina durante la Guerra Civil y la Posguerra en la provincia de Valladolid
Jaime Sánchez Calvete, María López Vallecillo y Noelia Martín Espinosa 378

A inserção de enfermeiras no exército braseileiro na Bahia (1992)
Gilberto Tadeu Reis da Silva, Valdenisia Tadeu Bispo Sanches, José Lúcio Costa Ramos, Jaqueline Jesus de Andrade Peixoto y Diana Lima dos Santos Lobo 385

9. Género, poder y deconstrucción del cuidado 395

Enfermeras y construcción institucional de la diferencia de género en los hospitales sevillanos de 1592
Manuel Ángel Calvo Calvo, María Méndez Ignacio, Fernando Calvo Cuesta e Inmaculada Cuesta López 396

Mujeres de élite y humanitarismo. Género, poder y cuidado (1861-1902)
J Carlos García-Reyes 403

Enfermeras quirúrgicas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: historia desde el género
Neus Buil y Paola Galbany-Estragués 410

La profesionalización enfermera en los quirófanos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Neus Buil y Paola Galbany-Estragués 417

El uniforme enfermero como símbolo de género: evolución histórica y su papel en la deconstrucción de estereotipos
Isabel del Hoyo Herrero y Ana del Hoyo Herrero 425

10. Formación, universidad y nuevas metodologías 432

Análisis estadístico del alumnado de practicante (1930-1936). Deconstruyendo imaginarios hegemónicos
Alexandre Sierra Oliva, Salvador Florit López y Ariadna García Rodríguez 433

El valor pedagógico del patrimonio del MUVa en la historia de la enfermería vallisoletana
Rebeca Pérez Fernández 443

Mujeres que hicieron facultad: docentes enfermeras construyendo saberes y prácticas desde el cuidado
María Ángeles Román Caro, Paola Galbany Estragués, Maria Teresa Lluch Canut, Dolors Rodríguez Martín, Ana Martínez Rodríguez 450

Motivos para elegir los estudios de enfermería según el género
José Antonio Iglesias Guerra 458

Voces del pasado: innovación y memoria en la Historia de la Enfermería mediante Spotify
Lorena-Lourdes Tejero Vidal y Marta Casas Orraj 466

11. Memoria, biografía y trayectorias profesionales 475

Análisis de género e identidad profesional: evolución de los colegios en la enfermería gaditana (1899-1944)
Manuel Cano Leal y Mariana García González 476

Carmen Angoti Mesa. Precursora de la gestión y el liderazgo de enfermería en España
Mariana García González y Manuel Cano Leal 484

A propósito de un caso del proyecto “Preservem la Memòria”: testimonio de tres enfermeras de San Juan de Dios de Barcelona
Amelia Guilera Roche y Anna Ramió Jofre 491

Tres décadas de historiografía enfermera: revisión de las aportaciones científicas en los congresos del SEPIHE
Francisco Javier Castro-Molina, Ramón del Gallego Lastra 498

Brecha intergeneracional y registro de cuidados ante la suspensión de los sistemas de información
Irene de Castro Salamanca, Marta Jezabel Gimeno Escudero, María Teresa Conde Valverde, Sofía Martin Monjas, Lucía Zúñiga Blanco y Paula Fernández Araque 509

Presentación del libro

María López Vallecillo y José María Jiménez Pérez
Universidad de Valladolid

Este volumen titulado Deconstruir el género del cuidado tomando posición desde la historia de la enfermería, incluye las comunicaciones científicas presentadas en el XIX Congreso Nacional y XIV Internacional de Historia de la Enfermería, celebrado en Valladolid los días 20, 21 y 22 de mayo de 2026. Esta obra colectiva se configura como un espacio de reflexión, diálogo y producción de conocimiento en torno a uno de los ejes fundamentales de la disciplina: la relación entre cuidado, historia y género.

El libro nace con la voluntad de ofrecer una mirada crítica sobre la evolución histórica de la enfermería y las prácticas de cuidado. A lo largo de sus páginas se abordan los supuestos que han sustentado el desarrollo de la disciplina y las narrativas tradicionales que han contribuido a invisibilizar personas, experiencias y saberes. En este sentido, el volumen adopta como marco analítico la perspectiva de género, entendida no como una variable accesoria, sino como una categoría estructural que ha definido tanto la organización de los cuidados como las relaciones de poder en el ámbito sanitario.

Desde esta premisa, los trabajos aquí recopilados exploran cómo la asignación histórica del cuidado a las mujeres ha respondido a procesos sociales, culturales y políticos que han configurado la feminización de la enfermería, al tiempo que han condicionado su reconocimiento profesional. La obra pone de manifiesto la tensión constante entre vocación y profesionalización, entre subordinación y autonomía,

así como la persistencia de imaginarios simbólicos que continúan influyendo en la percepción social de la disciplina.

La estructura del libro refleja la riqueza y diversidad de enfoques presentes en el congreso, organizándose en once grandes bloques temáticos que permiten abordar el fenómeno del cuidado desde múltiples perspectivas. En primer lugar, los trabajos centrados en la deconstrucción del género del cuidado analizan la construcción histórica de la enfermera como figura social y profesional, poniendo en evidencia las dinámicas de feminización y las formas de control que han atravesado su desarrollo. A continuación, las secciones dedicadas a las instituciones hospitalarias y a las órdenes religiosas profundizan en el papel desempeñado por dichas estructuras en la configuración de modelos asistenciales, destacando la relevancia del cuidado como práctica institucionalizada desde la Edad Media hasta la contemporaneidad.

Especial atención merecen los estudios que abordan la enfermería en contextos de conflicto y guerra, donde el cuidado adquiere dimensiones particulares ligadas a la urgencia, la precariedad y la violencia. Estos trabajos no solo permiten comprender el papel de las enfermeras y enfermeros en situaciones límite, sino también analizar las consecuencias sociales, políticas y personales derivadas de su participación en dichos escenarios. Asimismo, las secciones dedicadas a los símbolos, la imagen y el relato aportan una perspectiva cultural imprescindible para comprender cómo se ha construido la identidad enfermera a través de representaciones visuales, discursivas y mediáticas.

El volumen incorpora también investigaciones centradas en la historia de las matronas y las competencias obstétricas, evidenciando los procesos de medicalización, regulación y pérdida de saberes tradicionales que han afectado a este colectivo. Del mismo modo, las perspectivas transnacionales permiten ampliar el análisis más allá del ámbito nacional, ofreciendo comparaciones y conexiones que enriquecen la comprensión de la profesión en contextos diversos.

La inclusión de estudios sobre historia local de los cuidados pone de relieve la importancia de lo cercano como espacio de análisis histórico, rescatando experiencias concretas que contribuyen a una visión más completa y matizada del pasado. A su vez, las secciones dedicadas a la militarización y profesionalización, al género

y poder, y a la formación enfermera evidencian las profundas transformaciones sufridas por la disciplina a lo largo de los siglos, así como las tensiones derivadas de su inserción en estructuras jerárquicas y sistemas institucionales complejos.

Finalmente, los trabajos centrados en la memoria, la biografía y las trayectorias profesionales configuran un cierre especialmente significativo, al poner en valor las experiencias individuales como parte esencial de la construcción histórica de la enfermería. A través de estas contribuciones, se recuperan voces y relatos que permiten reconocer el protagonismo de quienes han sostenido el cuidado en distintos contextos, contribuyendo a la consolidación de una memoria profesional colectiva.

En conjunto, este libro no solo ofrece una panorámica actualizada de la investigación en historia de la enfermería, sino que también plantea nuevas líneas de reflexión orientadas a cuestionar los discursos hegemónicos y a promover una comprensión más crítica y compleja del cuidado. En un contexto contemporáneo marcado por profundos cambios sociales, sanitarios y demográficos, resulta imprescindible revisar las bases históricas sobre las que se ha construido la profesión enfermera, con el fin de avanzar hacia modelos más equitativos, inclusivos y coherentes con los desafíos actuales.

Esta obra contribuye a reforzar la identidad profesional desde una perspectiva consciente de su legado histórico, reconociendo tanto los avances alcanzados como las desigualdades persistentes. La deconstrucción del género del cuidado que aquí se propone no implica únicamente una revisión del pasado, sino también una toma de posición en el presente, orientada a transformar las prácticas, los discursos y las estructuras que siguen reproduciendo desigualdades en el ámbito del cuidado.

Es necesario destacar el valor de este volumen como resultado del trabajo colectivo y del diálogo interdisciplinar que caracteriza a la comunidad científica dedicada a la historia de la enfermería. El congreso celebrado en Valladolid ha favorecido el intercambio de conocimientos y la generación de redes de investigación que permiten avanzar en el estudio del cuidado desde perspectivas cada vez más amplias e integradoras.

Con esta obra, se invita a adentrarse en un recorrido histórico que no solo revisa el pasado, sino que interpela directamente al presente y al futuro de la enfermería,

contribuyendo a repensar el cuidado como una práctica social, política y científica fundamental.

Saludo del director del 'Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la enfermería' (SEPIHE)

Ramón del Gallego Lastra
Universidad Complutense de Madrid

Es un honor para mí presentar este XIX Congreso Nacional y XIV Internacional de Historia de Enfermería celebrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Salda así el Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería (SEPIHE) una deuda histórica con esta Universidad y con esta Facultad, que es la casa de una de nuestras enfermeras fundadoras más ilustres, la profesora Magdalena Santo Tomás Pérez.

La profesora Magdalena Santo Tomás, enfermera y doctora en Historia por la Universidad de Valladolid es Profesora Titular de Enfermería, ahora jubilada, y fue directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Valladolid desde el año 2005 hasta el 2013. Es una de aquellas enfermeras luchadoras que dieron forma a lo que hoy es una Enfermería universitaria de gran nivel y respetada en todo el mundo. Pero no solo su activismo profesional es digno de mención; su talla intelectual la hace digna del máximo respeto y consideración al ser una las figuras más representativas del pensamiento enfermero y un referente para todos los estudiosos de los Fundamentos Históricos, Teóricos y Metodológicos de Enfermería. Entre sus principales líneas de investigación encontramos sus estudios sobre Historia de la asistencia sanitaria medieval y el papel de la mujer en los cuidados de la salud a lo largo de la historia. En coherencia con su pensamiento y su obra, este congreso toma como lema "Deconstruir el género del cuidado tomando

posición desde la historia de la enfermería".

Este congreso también será recordado tristemente por todos los asiduos participantes en las actividades del SEPIHE porque el 27 de febrero falleció nuestro queridísimo compañero y amigo Manuel Jesús García Martínez. Miembro fundador del SEPIHE, enfermero y doctor por la Universidad de Sevilla, realizó junto a su hermano Antonio Claret una ingente labor investigadora que ha permitido rescatar obras esenciales de nuestro pasado, como el manual "Instrucción de enfermeros" del enfermero obregón Andrés Fernández, así como el estudio en profundidad de la figura de Bernardino Obregón y de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, los Hermanos Obregones. Por esto, ellos dos, Manuel y Antonio, son conocidos cariñosamente entre sus amigos como "los hermanos obregones". Hoy lo tendríamos aquí, discretamente en la última fila grabando todas y cada una de las escenas de este congreso. Desde la dirección del SEPIHE expresamos nuestro más profundo pesar por su fallecimiento y rendimos homenaje a un investigador brillante y a una persona excepcional por su calidez humana.

Quiero hacer un agradecimiento muy especial a María López Vallecillo por la impecable organización del congreso, que con esmero y gran acierto ha sabido cuidar cada uno de los detalles que hacen memorable un evento: un programa científico que conjuga los avances en la investigación histórica con los debates actuales en las ciencias de la salud; los mejores ponentes para la ocasión; una selección adecuada de las aportaciones de los congresistas, y todo ello situado en un entorno maravilloso que combina la tradición con la modernidad. En esta tarea ha estado acompañada por dos pilares fundamentales como han sido el Subdirector del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá, Rubén Mirón González y el Decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid, José Mª Jiménez Pérez.

Los Congresos del SEPIHE son desde hace más de treinta años un lugar de encuentro de investigadores en Historia de la Enfermería y también una plataforma donde investigadores noveles se inician en este apasionante campo del conocimiento. A todos ellos quiero agradecer profundamente su participación y trasladarles mi compromiso de que este foro permanecerá abierto a la investigación científica en el campo de las Humanidades en Enfermería.

Finalmente, mi agradecimiento a todos los participantes por sus aportaciones que son parte muy importante del éxito de este congreso.

Muchas gracias a todos.

Conferencias y ponencias

1

Deconstruir el género del cuidado tomando posición desde la historia de la enfermería



Ángeles del régimen: La feminización fascista de la enfermería italiana del siglo XX

Anna La Torre
Università Statale di Milano. European Association for the History of Nursing

Introducción

Durante décadas, los historiadores han indagado en las dinámicas del fascismo italiano (De Felice, 1965; Gentile, 2002). En el marco de esta literatura, la figura de la enfermera bajo el régimen representa un ámbito de estudio especialmente fértil (Alvaro et al., 2022) aunque durante mucho tiempo se consideró una historia "menor" (Bartolini, 2017; Gentile, 2008).

El fascismo italiano constituye un caso paradigmático de lo que Foucault (1976) conceptualizó como biopolítica: el conjunto de mecanismos a través de los cuales la vida biológica de la población se convierte en objeto de racionalidad política. La obsesión del régimen con la natalidad, la mortalidad infantil y la potencia física de la "raza italiana" refleja una voluntad de gestión integral de los cuerpos que atraviesa toda su producción legislativa sanitaria entre 1922 y 1943 (La Torre, 2024a).

Dentro de esta biopolítica, la enfermera ocupa un lugar singular: es el agente capilar del poder sanitario, el cuerpo que media entre la norma médica y el cuerpo del paciente, entre el Estado y la familia. Siguiendo las categorías de Scott (1986) sobre el género como categoría histórica de análisis, la asignación de los cuidados a las mujeres no responde a ninguna "naturaleza" femenina, sino a una operación ideológica precisa que adapta la subordinación y la transforma en vocación (Bartolini, 2012; De Grazia, 1992).

El objetivo de este trabajo[1] es analizar cómo el régimen construyó la figura de la enfermera italiana entre 1922 y 1943, atendiendo a tres dimensiones complementarias: la legislativa, la institucional y la propagandística. La metodología combina el análisis de fuentes normativas con el estudio de casos hospitalarios concretos y de materiales visuales producidos por el régimen.

La feminización legislativa: construir la enfermera de régimen

El régimen organizó a las mujeres de forma paramilitar en organizaciones de masas como los Fasci Femminili[2], cuyos reglamentos incluían normas de higiene doméstica y asistencia sociosanitaria. De manera paradójica, el régimen excluyó a los hombres del diploma profesional de enfermería y articuló los roles asistenciales femeninos de un modo que, de facto, ofrecía una salida laboral a las mujeres al tiempo que las excluía de casi todos los demás sectores profesionales.

La primera ley nacional sobre enfermería se promulgó en 1925 con la creación de las escuelas-convento profesionales bajo la dirección de una directora y con enseñanzas científicas impartidas por médicos varones. Los sucesivos reajustes legislativos (1929, 1934, 1938 y 1940) revelan la incapacidad estructural del sistema para cumplir sus propios objetivos. La norma de 1940, que establecía que las actividades de los enfermeros genéricos debían quedar bajo la responsabilidad de la enfermera diplomada, suponía una contradicción flagrante con los postulados fascistas confiriendo a las mujeres poderes decisionales superiores (La Torre, 2024b).

La paradoja italiana: legislación avanzada, práctica paralizada

El corpus legislativo promulgado entre 1925 y 1940 representaba, sobre el papel, un avance real: diploma de validez nacional, distinción entre enfermera profesional e infermiere generico[3], y atribución formal de responsabilidades decisionales a las diplomadas. Sin embargo, el estudio de casos hospitalarios concretos revela

1. Esta investigación forma parte del proyecto de I+D+i CRISAHUMED (PID2024-156353NB-I00) financiado por MICI/AEI/1013039/501100011033.

2. Sección Femenina de la Falange

3. El Practicante

una realidad radicalmente divergente[4].

Las razones de esta discrepancia fueron recurrentes: costes laborales, escasez de personal cualificado y resistencias institucionales. La solución universal fue el recurso a las religiosas y a una feminización de facto de la asistencia sin titulación formal. Esta brecha entre norma y práctica nunca se declaró públicamente. Al contrario, el régimen la presentó como una gran oportunidad ofrecida a las mujeres, naturalmente predispuestas al cuidado y a la obediencia. Los datos estadísticos, sin embargo, desmienten este relato: la tasa de natalidad descendió de forma sostenida entre 1922 y 1943; el gasto sociosanitario fue irrisorio frente al militar; la escasez de enfermeras resultó endémica[5].

Internado obligatorio: disciplina, cuerpo y trabajo invisible

Las scuole convitto[6] instauradas por la ley de 1925 no eran únicamente centros de formación técnica: eran dispositivos de producción de subjetividad. El internado obligatorio, el uniforme reglamentario y las normas de conducta que prohibían el matrimonio durante los años de estudio configuraban un espacio de disciplina total, en el sentido foucaultiano del término, donde el cuerpo de la futura enfermera era modelado antes que su saber clínico.

Las alumnas debían demostrar una conducta irreprochable, una disposición al sacrificio y una deferencia absoluta hacia los médicos varones que impartían las enseñanzas científicas. En este contexto, las religiosas representaban la solución perfecta al problema que el régimen no podía resolver: cómo obtener fuerza de trabajo asistencial disciplinada, barata y moralmente legitimada sin pasar por la formación costosa que la propia legislación prescribía. Su presencia mayoritaria en los hospitales no fue un residuo del pasado, sino una elección funcional del sistema: la monja enfermera era el ángel real que sostenía una estructura sanitaria que el ángel propagandístico solo prometía.

4. Policlinico Cà Granda di Milano (Archivio Storico Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico), Ospedale Civico e Benfratelli di Palermo (Archivio di Stato Palermo Sede Gancia) , Ospedale per Israelitici e Albergo per i poveri Israeliti di Roma (Archivio Storico della Comunità Ebraica di Roma "Giancarlo Spizzichino") e Ospedale Evangelico Valdese di Torino (Archivio storico della Tavola valdese Torre Pellice).

5. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Serie Storiche.

6. Escuelas con régimen de internado para enfermeras.

La propaganda visual: el ángel del régimen

La figura de la enfermera fue empleada de forma sistemática en la cartelería sanitaria destinada a las campañas de recaudación organizadas por el régimen (Mannucci, 2004). En las representaciones visuales, la enfermera aparece como una crocerossina[7]: una guerrera gentil que combatía el flagelo de la tuberculosis, una segunda madre a quien las familias confiaban la salud de sus hijos, o una salvadora de semblante semiangélico que, al entrar en una habitación, traía luz y esperanza)[8].

El análisis de los noticiarios cinematográficos[9], en los que la enfermera aparece como devota seguidora durante las visitas de Mussolini a instituciones sanitarias, y del filme de Rossellini La nave bianca[10](1941) permite constatar cómo el cine neorrealista naciente reprodujo y al mismo tiempo, subvirtió estos códigos representativos (Argentieri, 2003). Las fotografías institucionales presentan una imagen doblemente codificada: la enfermera hospitalaria, casi ornamental, inmersa en el trabajo de sala, y la de la Cruz Roja, protagonista de desfiles cuasi militares en preparación para una guerra futura.

Conclusiones

El balance general de la política enfermera del fascismo italiano revela una paradoja de fondo. Por un lado, la legislación uniformó la formación de expertas y estableció un diploma con validez nacional: un avance objetivo en términos de profesionalización. Por otro, los continuos reajustes normativos, la feminización subordinada de la profesión y el recurso sistemático a personal religioso de bajo coste condujeron al fracaso práctico de la iniciativa. Al excluir a los hombres, el régimen pretendía valorizar la figura enfermera dotándola de una connotación esencialmente subordinada, coherente con el papel asignado a las mujeres. El ángel

7. Dama de la Cruz Roja.

8. Ministero della Cultura, Istituto Centrale per il Catalogo e la Documentazione (ICCD); Sistema Bibliotecario dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) di Roma e Milano; Archivio Fondazione Alinari per la fotografia di Firenze.

9. Archivio Storico Istituto Luce, Sezione Archivio Cinematografico (Cinegiornali e documentari). Giornale luce A (1927-1932) e Giornale Luce B (1931-1940).

10. El barco blanco.

existía solo en los carteles.

La herencia de este período es visible en la enfermería italiana contemporánea. Hoy, el 77% del personal enfermero es de género femenino, pero solo el 30% de los presidentes de los colegios provinciales son mujeres; y en el comité central de la federación de colegios profesionales enfermeros únicamente tres son mujeres[11]. El sentido vocacional de la profesión permanece arraigado, alimentado por un lenguaje político y periodístico que reproduce estereotipos bien documentados (Teresa-Morales et al., 2022): la idea de que el cuidado es un trabajo de mujeres y que la enfermera es la "ancilla" del médico.

Estos estereotipos heredados del pasado, que este estudio busca iluminar, explican la devaluación de la enfermería. Aunque comprender sus orígenes, feminización, subordinación y visión angelical, es indispensable, el reto actual es la grave escasez de profesionales frente al envejecimiento de la población italiana. Como futura línea de investigación, sería pertinente un análisis comparado con otros regímenes fascistas europeos, en particular con la España franquista, a fin de identificar convergencias y divergencias en la construcción de la enfermera como figura política. Los ángeles del régimen siguen, de algún modo, proyectando su sombra.

11. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (s.d.). Composizione e dati degli infermieri in Italia. FNOPI. https://www.fnopi.it

Referencias bibliográficas

- Alvaro, R., Piervisani, L., & Rocco, G. (2022). L'immagine dell'infermiera nell'Italia fascista (1935-1943). Edizioni Scientifiche Falco.
- Argentieri, M. (2003). L'occhio del regime. Informazione e propaganda nel cinema del fascismo. Bulzoni Editore.
- Bartoloni, S. (2012). Il fascismo e le donne nella «Rassegna femminile italiana» 1925-1930. Biblink Editori.
- Bartoloni, S. (2017). Donne di fronte alla guerra. Pace, diritti e democrazia (1878-1918). Laterza.
- De Felice, R. (1965). Mussolini il rivoluzionario: 1883–1920. Einaudi.
- De Grazia, V. (1992). How Fascism Ruled Women: Italy, 1922-1945. University of California Press.
- Foucault, M. (1976). La volonté de savoir. Histoire de la sexualité (vol. I). Gallimard.
- Gentile, E. (2002). Il culto del littorio: La sacralizzazione della politica nell'Italia fascista. Laterza.
- Gentile, E. (2008). Fascismo: storia e interpretazione. Laterza.
- La Torre, A. (2024a). The Italic Race and Latin Eugenics: Scientific Terms for Persecutions and War in the Medical Literature of Fascist Italy. Lingue Culture Mediazioni / Languages Cultures Mediation – LCM, 11(2), 73–88. https://www.ledonline.it/LCM-Journal/
- La Torre, A. (2024b). La figura de la infermera durant el feixisme a Itàlia. Una història de règim i propaganda [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Dipòsit Digital de Documents. https://ddd.uab.cat/record/308726
- Mannucci, S. (2014). Luce sulla guerra. La fotografia di guerra tra propaganda e realtà. Italia 1940-45 [ebook].
- Rossellini, R. (Regista). (1942). La nave bianca [Film]. Scalera Film; Centro Cinematografico del Ministero della Marina.
- Scott, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. The American Historical Review, 91(5), 1053-1075. https://doi.org/10.2307/1864376
- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M., & Feria-Ramírez, C. (2022). Current stereotypes associated with nursing and nursing professionals: An integrative review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13), 7640. https://doi.org/10.3390/ijerph19137640

Cuando el género define el cuidado, la experiencia del Hôtel-Dieu de París (Siglos VII-XVIII)

Cristina Teresa-Morales

Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva. Grupo de investigación PAIDI – Higia (CTS500)

Introducción

L'Hôtel-Dieu de París se erigió como prototipo de institución eclesiástica medieval y se convirtió en uno de los centros asistenciales más antiguos y significativos de la historia europea. Su finalidad primordial era el ejercicio de la caridad y la misericordia hacia el pobre y el enfermo, quienes eran los únicos beneficiarios de esta estructura. En este contexto, la prestación de cuidados estaba totalmente subordinada a la asistencia espiritual, basándose en dar cobertura a las necesidades básicas contempladas en las llamadas "obras de misericordia físicas".

La investigación se sitúa en una horquilla temporal que las fuentes delimitan entre los años 651 y 660, analizando la figura del vigésimo octavo obispo de París, San Landerico (S. Landry), reconocido unánimemente como su fundador tras vender bienes sagrados de la catedral para alimentar a los pobres durante una hambruna. Y en su margen superior los fines del s. XVIII, cuando el gobierno municipal tomó la decisión de abandonar l'ancienne Hôtel-Dieu, tras el incendio de 1772, y construir el actual. El objetivo central de esta comunicación es analizar cómo el género operó como el eje estructural que definió tanto la prestación del cuidado como la gestión del poder dentro del hospital durante más de un milenio. Para la realización de esta investigación se ha empleado un método histórico-crítico, fundamentado en el

análisis de fuentes primarias y secundarias de gran rigor historiográfico.

A nivel documental y normativo, se han analizado piezas clave custodiadas en Archives de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris y Archives Nationales de France:

- Acta de donación (690) a las Hijas de San Cristóbal.
- Reglamento del obispo Incalde (829) para la separación de bienes.
- Estatutos de 1217, atribuidos al deán S. Etienne.
- Ordenanzas de 1482, Sentencia del Parlamento de 1505 y los Reglamentos de 1540 y 1580.

Entre las fuentes eclesiásticas y cronísticas analizadas destacan: Historia eclessiae parisiensis de Gérard Dubois (1710), que utilizó archivos primarios como la Sententiâ Breulli y el Breviario Parisiensi; Essai Historique sur l'Hôtel-Dieu de Paris de Rondonneau de La Motte (1788); Histoire de la ville de Paris de Michel Felibien (1725); y las obras de A. Tenneson, quien utilizó manuscritos de los archivos de la comunidad fechados entre los siglos XIV y XVII. Por último, el análisis se ha apoyado en la triangulación de estos documentos con la producción historiográfica de expertos como Ernest Coyecque, Dorothy Mackay y Alexis Chevalier.

Los resultados obtenidos se estructuran en cuatro fases críticas que se exponen a continuación.

El origen femenino: de la liturgia al cuidado (Siglos VII - IX)

A pesar de que la jerarquía formal situaba al obispo en la cúspide, el cuidado directo nació vinculado a comunidades de "vírgenes consagradas". La existencia formal de esta comunidad, las «Hijas de San Cristóbal», se confirma en el año 690 bajo la abadesa Landetrude. Originalmente, estas mujeres se encargaban de tareas litúrgicas como el blanqueo de los sagrados linos del altar de Notre-Dame, pero entre los siglos VII y IX el monasterio se reconvirtió en hospital y las religiosas en Hermanas Hospitalarias, estableciendo una de las primeras congregaciones dedicadas explícitamente al cuidado en París.

La institucionalización de la brecha de género (Siglos XIII - XV)

Con los Estatutos de 1217, el hospital consolidó una comunidad doble: «Fraters et Sorores Ordinis Sancti Augustini». En esta estructura, el género determinó una división funcional absoluta:

- La Rama Masculina (Poder y Fe): El estamento masculino estaba compuesto por un máximo de treinta hermanos (aunque eran entre diez y veinte). Su función era estrictamente administrativa y espiritual.
    - Cargos de Gestión: maître (director temporal), ecónomo y el fratribus receptorem (tesorero) controlaban los dominios rurales, urbanos y la contabilidad.
    - Labor Espiritual: se encargaban de los oficios, confesiones, bautizos y extremaunción.
    - Exclusión del Cuidado: las fuentes confirman que en ningún caso los hermanos atendían directamente a los enfermos.
- Rama femenina de la orden: responsable exclusiva de la asistencia diaria. Los estatutos establecieron un principio revolucionario: la prioridad de la "vida activa" (cuidado al enfermo) sobre la "contemplativa", permitiendo a las hermanas omitir el rezo colectivo si el servicio lo requería.

Durante este periodo, la Maîtresse surgió como el vértice del poder asistencial, gozando de una autonomía inusual: poseía sello propio, administraba dominios para el sustento de las salas y era la encargada de pagar los honorarios a médicos y cirujanos.

La carrera del cuidado

El sistema de ingreso y formación garantizaba la continuidad del modelo de cuidado. Las aspirantes solían entrar entre los 12 y 20 años, se establecían bajo tres categorías: filles blanches, novicias llamadas así por su hábito blanco; filles à l'an de probation, hermanas en su año de prueba que juraban los votos iniciales tras el noviciado; soeurs professes o soeurs à chapereau hermanas que ya habían realizado sus votos definitivos de castidad, pobreza, obediencia y cuidado a los enfermos. Para asegurar la calidad del cuidado, cada fille à l'an de probation era asignada a

una mère spirituelle, una hermana profesa que actuaba como mentora, transmitiendo conocimientos basados en la práctica y la experiencia, y era la encargada de evaluar a la candidata tras su año de prueba.

Chevetaine, gestión a pie de cama

Con el crecimiento del hospital y la división en salas especializadas (S. Denis, S. Thomas, Enfermería, etc.), surgió la figura de la Chevetaine, que ejercieron un liderazgo asistencial como hermanas profesas responsables de una sala específica, según el reglamento de 1580. Conformaron la estructura del equipo de trabajo, ya que bajo el mando de cada chevetaine solían trabajar tres hermanas profesas y al menos una fille blanche. Además, las chevetaines (referenciadas entonces como "madres religiosas jefas de sala") tenían la autoridad para informar a los médicos extraordinarios sobre qué enfermos habían empeorado o sufrido imprevistos durante la tarde para que fueran visitados nuevamente.

Especialización por servicios

Bajo la supervisión de la Supriora (quien auxiliaba a la Maîtresse en la intendencia y supervisión religiosa), la jerarquía femenina se dividía en puestos de responsabilidad específica denominados "Damas".

Este organigrama demuestra que el Hôtel-Dieu no solo era un lugar de caridad, sino una escuela de gestión femenina donde la mujer definía, organizaba y ejecutaba el cuidado de forma autónoma frente a la gestión económica masculina

La Modernidad: Secularización y Medicalización (Siglos XVI - XVIII)

Tras el colapso del modelo medieval, motivado por desajustes financieros y el grave motín de 1497, el Parlamento dictó una sentencia el 2 de mayo de 1505 que cambió para siempre la fisonomía de la institución. Se retiró toda capacidad de gobierno a los provisores y al prior, sustituyéndolos por una junta laica compuesta por "ocho notables burgueses de París". El Hôtel-Dieu de París fue precursor en esta tendencia de secularización, un sistema que pronto se expandió por toda la Europa católica. En un primer momento, la junta asumió el control total de la Maisonnerie (patrimonio) y la Sala del Tesoro comenzando el desplazamiento y extinción de la

rama masculina de la orden, Hermanos Agustinos de l'Hôtel Dieu. A lo largo del siglo XVI, el poder de los varones religiosos fue desmantelado sistemáticamente:

- Pérdida de servicios (1534): La junta laica arrebató a los hermanos el control de departamentos clave como la bodega, la cocina y la panadería.
- Secularización espiritual (1540): El estatuto de 1540 trasladó la administración espiritual a la Abadía de Saint-Victor, designando a un vicario externo como prior para controlar la disciplina.
- Extinción: Relegados únicamente a tareas espirituales y sin capacidad de gestión, los hermanos desaparecieron definitivamente con la muerte del último maître, Jehan Bourgeois, en 1661.

Simultáneamente, la irrupción del binomio "Poder-Saber" médico redefinió el rol femenino. La relación formal entre el hospital y la medicina profesional se remonta a 1221, cuando se firmó un convenio con el médico Vicent du Bois y el cirujano Hubert para atender gratuitamente a enfermos y religiosos a cambio de una vivienda. Con el tiempo, esta relación se estrechó debido a la proximidad física con la Facultad de Medicina, convirtiendo al hospital en un centro de enseñanza donde el conocimiento académico se traducía en ascenso social y prestigio para los varones. Esta profesionalización creó una distinción clara en las funciones según el género y el estatus:

- Médicos: identificados como "maîtres" y más tarde como "doctores en medicina", su labor consistía en "visitar y ordenar" (visiter aux malades et ordonné). Eran los responsables de la toma de decisiones terapéuticas y del diagnóstico, acudiendo dos veces al día para realizar el pase de sala.
- Cirujanos y Barberos: se encargaban de la ejecución técnica de las órdenes médicas, resumida en la fórmula "curar y medicamentar" (panser et medicamenter). Sus tareas incluían realizar sangrías, aplicar emplastos y vendar fracturas.
- Hermanas: a pesar de ser el pilar constante del cuidado, quedaron relegadas a la ejecución subordinada de las órdenes médicas, perdiendo la autonomía terapéutica que poseían en la etapa anterior. Además, el género impuso nuevas barreras morales: en 1540 se les prohibió asistir en partos por considerarse "indecente para una mujer casta".

- En definitiva, la Modernidad consolidó un modelo donde el hombre ostentaba el saber científico y la autoridad para ordenar, mientras que la mujer asumía la responsabilidad de la administración y ejecución del cuidado, perpetuando una estructura de sumisión que caracterizaría a la enfermería durante siglos.

Conclusiones

El análisis histórico del Hôtel-Dieu de París permite concluir que el género no fue una variable secundaria, sino la arquitectura misma del cuidado en la institución.

La mujer como constante asistencial: a lo largo de once siglos, a pesar de los cambios en el poder (eclesiástico, civil o médico), la comunidad de hermanas permaneció como el único pilar ininterrumpido de la asistencia directa.

La paradoja del poder: la institución permitió el desarrollo de una gestión femenina autónoma única bajo la figura de la Maîtresse, configurando un modelo de escuela siglos antes de su formalización moderna.

La transición a la subordinación: la Modernidad transformó a la cuidadora en una ejecutora subordinada de la autoridad médica masculina, utilizando argumentos de moralidad (“decencia”) para limitar su ámbito de actuación técnica.

Legado profesional: la experiencia del Hôtel-Dieu demuestra que el cuidado profesional nació en un espacio de resistencia femenina. Las mujeres definieron y organizaron un sistema de atención que sentó bases para la identidad enfermera, sobreviviendo a crisis y reformas institucionales radicales.

Colegiación y género del cuidado: una lectura histórica sobre la profesionalización enfermera en España

Raúl Expósito González
Facultad de Enfermería de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Introducción

La profesión de Enfermería en España es el resultado de un proceso histórico complejo derivado de la convergencia de distintas ocupaciones sanitarias. Su origen normativo se sitúa en la Ley de Instrucción Pública de 1857, que creó las carreras de practicante y de matrona (Camaño-Puig y Forero, 1999), mientras que la de enfermeras no vio reglamentada su enseñanza hasta 1915 (Pinar y Hernández, 1994).

Todas estas profesiones se desarrollaron bajo una concepción auxiliar y subalterna de la Medicina, en un contexto atravesado por profundas desigualdades de género (Ortego, 2002b), en el que las profesiones de enfermera y matrona han sido tradicionalmente interpretadas como ocupaciones feminizadas o vinculadas socialmente al papel de la mujer (Delgado, 2001).

Su unificación en 1953, bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), integró perfiles con distinta formación, funciones y reconocimiento social, manteniéndose diferencias de género entre la enseñanza de los ATS femeninos y los masculinos (Ortego, 2002a). Este modelo se prolongó hasta la reforma universitaria de 1977, que dio lugar a la actual titulación de Enfermería en consonancia con el contexto internacional.

Desde esta perspectiva, el concepto de profesión, entendido en términos sociológicos como forma de inserción del individuo en el sistema económico y social, va a articular mecanismos propios en torno a núcleos de interés como los colegios profesionales, instituciones clave en la regulación y proyección social de las profesiones sanitarias (Siles, 1994). En esta línea, la sociología de las profesiones las concibe como grupos que buscan controlar su ámbito de actuación mediante el dominio del conocimiento especializado, la regulación del acceso a la práctica y la organización corporativa, en estrecha relación con el Estado en consonancia con los planteamientos de Freidson recogidos en Fernández et al. (2022).

La historiografía de género ha prestado especial atención al estudio del movimiento colegial de las matronas, con aportaciones destacadas centradas principalmente en el ámbito andaluz (Arcas et al., 1994; González Canalejo, 2006; Torres, 2014). Asimismo, los trabajos de Ruiz-Berdún (2011, 2012) y Ruiz-Berdún y Gomis (2012) han permitido profundizar en su dimensión corporativa y en las desigualdades que afectaron a las matronas madrileñas en distintos momentos históricos. Por su parte, Plata (2019) ha analizado el proceso de creación del extinguido Consejo Nacional de Colegios Oficiales de Matronas de España durante el franquismo.

Junto a estos enfoques, destacan también las aportaciones de diversos investigadores que han examinado el desarrollo histórico de la organización colegial de las matronas en distintos ámbitos territoriales (Ávila, 2015; García y García, 2004; Linares, 2010; Linares y Moral, 2007; Siles, 1998).

En comparación, el asociacionismo de las enfermeras ha recibido una atención historiográfica más limitada. Algunos estudios han comenzado a abordarlo desde diversas perspectivas, analizando experiencias como la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias creada durante la Segunda República (Pedraz et al., 2007) o la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas, fundada en 1950 (Córdoba, 1994).

El objetivo de este estudio es examinar, desde una perspectiva histórica, el proceso de incorporación de matronas y enfermeras a los colegios profesionales en España, así como analizar la influencia del género en la configuración de estas dinámicas corporativas.

La investigación se fundamenta en el análisis de fuentes primarias, con predominio de las legislativas y hemerográficas, complementadas con fuentes secundarias de naturaleza historiográfica, que han permitido contextualizar las pruebas documentales, elaborar el marco teórico y orientar la interpretación del objeto de estudio.

La formación de las matronas y las enfermeras

Aunque el Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas de 1861 no establecía de forma expresa diferencias de sexo en el acceso a estos estudios, su contenido evidenciaba una clara asignación de roles, vinculando la formación de practicante a los hombres y la de matrona a las mujeres, en consonancia con la división sexual del trabajo en el ámbito sanitario. Mientras que la formación de practicante presentaba requisitos más accesibles, los estudios de matrona incorporaban restricciones específicas: una edad mínima superior, 20 años frente a 16, la obligación de ser casada o viuda y, en este último caso, contar con autorización marital, así como la acreditación de buena conducta mediante certificación eclesiástica. A ello se sumaban condiciones formativas diferenciadas, como la impartición de la enseñanza a puerta cerrada y en horarios distintos, y un sistema de evaluación desigual, con exámenes reservados para matronas frente al carácter público de los de practicantes. El título de matrona autorizaba para atender partos normales, pero no aquellos que presentasen complicaciones. En estos casos, debían recurrir de forma inmediata a un profesional médico autorizado. No obstante, en calidad de "meros auxiliares de los facultativos", podían continuar prestando asistencia a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio[12].

A priori, esta disposición pone de manifiesto un modelo formativo de carácter sexista que limitaba el acceso y la visibilidad profesional de las mujeres, reforzando su subordinación dentro del ámbito sanitario influido por un modelo patriarcal imperante. Sin embargo, hay que hacer la siguiente puntualización: esta diferenciación normativa no supuso una exclusión legal expresa del acceso femenino a los estudios de practicante.

12. Ministerio de Fomento. Dirección General de Instrucción Pública. (1861). Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas. Madrid.

De hecho, en el curso académico 1900-1901 se documenta la presencia de al menos ocho mujeres matriculadas (Capel, 1982), circunstancia que quedaría confirmada por la disposición de 1904, que autorizó formalmente a las mujeres a cursar y ejercer esta profesión[13].

El mencionado reglamento de 1861 disponía que la enseñanza de matronas se autorizaba exclusivamente en determinadas ciudades como Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid, en casas de maternidad o en hospitales con sala de partos previamente designados por los rectores de los distritos universitarios, careciendo de validez los estudios realizados fuera de estos centros. Asimismo, la docencia recaía en los facultativos titulares de dichas instituciones, previa autorización académica, lo que reforzaba el control médico sobre la formación de las matronas, evidenciando la subordinación de un ámbito profesional feminizado a la autoridad médica.

La ley de libertad de enseñanza declarada en 1868 autorizó a cualquier español para fundar establecimientos de enseñanza[14], posibilitando el acceso de las matronas a la docencia. Entre 1868 y 1870 se creó en Madrid la Escuela especial de obstetricia para señoras o Enseñanza de matronas en la que la profesora encargada de la enseñanza teórico-práctica de los partos era Francisca Iracheta, autora del primer libro técnico y de texto sobre el parto escrito por una mujer en España. El director del establecimiento era su esposo, el doctor José López de Morelle (Ortiz, 1999). En 1875 comenzó a funcionar en el Museo Antropológico de Madrid una Escuela de Matronas impulsada por la comadrona Pilar Jáuregui de Lasbennes, encargada de la formación práctica, bajo la dirección del doctor Ángel Pulido Fernández, responsable de la enseñanza teórica. Consciente de las limitaciones impuestas a las mujeres en el contexto social de la época, Jáuregui optó por no visibilizar su autoría y aceptar la dirección formal de un médico. Esta estrategia de invisibilización puede interpretarse como una fórmula de negociación que permitió materializar el proyecto en un entorno que restringía el liderazgo femenino (González, 2006).

13. Real decreto de 10 de agosto de 1904, reorganizando los estudios de la carrera de Practicantes y la de Matronas. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 12 de agosto de 1904.

14. Decreto de 21 de octubre de 1868, declarando libre la enseñanza y derogando los decretos relativos á instrucción pública que se cita. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 22 de octubre de 1868.

Entre las principales dificultades que afrontó la enseñanza de las matronas destaca la presión ejercida por ciertos sectores de la clase médica, que promovieron su desaparición ante el temor de una posible competencia profesional. Las reiteradas críticas y resistencias institucionales cristalizaron en la supresión de la carrera en 1866, que quedaría restablecida dos años más tarde (Álvarez, 1988). Este posicionamiento no puede desligarse de un contexto marcado por profundas desigualdades de género, en el que las mujeres no eran plenamente reconocidas como sujetos de derechos y su acceso a determinados espacios profesionales quedaba limitado por una concepción androcéntrica del trabajo, que reservaba las ocupaciones cualificadas al ámbito masculino.

En lo que respecta a la formación de las enfermeras en España, años antes de que estas enseñanzas adquiriesen reconocimiento oficial, en 1896 se fundó la primera escuela laica por el doctor Federico Rubio y Galí en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa de Madrid y bajo el nombre de Santa Isabel de Hungría. Para su admisión se exigía a las mujeres una edad comprendida entre los 23 y 43 años, requiriéndose autorización paterna para las menores. La formación, de carácter gratuito, se desarrollaba bajo un estricto régimen disciplinario basado en la obediencia, el silencio y la restricción de la interacción social, obligando a las alumnas a someterse a la autoridad jerárquica y a participar en las tareas asistenciales según los turnos establecidos.

En el caso de las alumnas internas, además de recibir alojamiento, manutención y asistencia sanitaria, se imponían condiciones aún más restrictivas, como la limitación de visitas, salidas, correspondencia y relaciones personales, consolidando un modelo formativo sustentado en la disciplina, el control y la subordinación[15].

La creación del título de enfermera en 1915 supuso no solo un conflicto de carácter profesional, sino también una profunda reconfiguración de las relaciones de género en el ámbito sanitario.

Durante las primeras décadas del siglo XX se consolidó una red de escuelas de enfermeras vinculadas a hospitales e instituciones como la Cruz Roja, lo que contribuyó a la profesionalización del colectivo, aunque en un contexto todavía marcado por su consideración auxiliar y por condicionantes de género (Expósito, 2023).

15. Estatutos porque se ha de regir el Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria. (1896). Madrid: M. Navarro.

Al igual que en las enseñanzas de practicante y matrona, la docencia recayó en los médicos.

En febrero de 1927, con el objetivo de garantizar una mayor disponibilidad y uniformidad en el ejercicio de la enfermería, el rey Alfonso XIII dispuso que el título de enfermera tuviera carácter obligatorio y generalizado para todos los ámbitos asistenciales, con independencia de que las profesionales fueran religiosas o seglares[16]. Esta medida perseguía unificar bajo una única titulación oficial la diversidad de figuras existentes hasta entonces: Hermanas de San Vicente de Paúl, Hermanas de la Caridad de la Providencia, Hermanas de la Caridad de Nuestra Señora de la Misericordia, Hermanas de la Caridad de Santa Isabel, Enfermeras del Instituto Rubio y Enfermeras de la Cruz Roja, contribuyendo así a la homogeneización formativa y al avance en la profesionalización del colectivo (Pérez de Cieza, 1927).

Inicio de la actividad colegial de las profesiones auxiliares sanitarias (1860-1930)

Practicantes, matronas y enfermeras desarrollaron estructuras corporativas propias y diferenciadas, lo que condiciona el análisis del movimiento colegial de la Enfermería en España y obliga a atender a sus respectivos procesos de organización.

El inicio de la actividad colegial en el ámbito de las profesiones auxiliares sanitarias se sitúa a mediados del siglo XIX, con la creación de asociaciones y colegios voluntarios impulsados por los practicantes, colectivo mayoritariamente masculino. Desde sus orígenes, su asociacionismo se orientó a la defensa de intereses corporativos, especialmente la lucha contra el intrusismo, la mejora de las condiciones laborales y la búsqueda del reconocimiento social.

La temprana articulación de estas estructuras organizativas, tanto en el ámbito local como en el nacional, favoreció la consolidación de una identidad profesional cohesionada y una presencia activa en el espacio público. Para la consecución de estos objetivos, dichas asociaciones se apoyaron, además, en instrumentos propios de difusión, como periódicos y revistas profesionales, que contribuyeron a ver

16. Real orden de 24 de febrero de 1927, disponiendo que el título de Enfermera sea de carácter general, tanto para Hospitales civiles, militares y de la Cruz Roja, como para clínicas y dispensarios. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 25 de febrero de 1927.

tebrar el discurso corporativo del colectivo (Expósito, 2023).

La primera referencia documentada se remonta a la existencia de una sociedad de socorros mutuos de ministrantes en Madrid, en funcionamiento desde 1860[17], lo que apunta el carácter pionero de los practicantes en el inicio y desarrollo del movimiento colegial de la Enfermería en España, adelantándose incluso al de otras profesiones sanitarias. Así lo demuestra el caso de los sangradores y practicantes de Sevilla, que en 1864 lograron constituirse en cuerpo colegiado con anterioridad a la formación del colegio de médicos de Madrid[18].

El movimiento asambleario constituyó el tercer pilar en la consolidación de la actividad colegial de los practicantes. En abril de 1885 se celebró en Barcelona el primer congreso nacional de sangradores, practicantes y dentistas[19].

La trayectoria de estas asociaciones voluntarias de practicantes estuvo condicionada por múltiples dificultades, lo que explica su carácter, en muchos casos, efímero y discontinuo (Herrera et al., 1996). Es importante reseñar el carácter voluntario de estas primeras asociaciones ya que la legislación pese a reconocer a la matrona y al practicante dentro de las profesiones sanitarias, en 1904 solo permitía colegiarse a los médicos, los farmacéuticos y los veterinarios[20].

En septiembre de 1920 el censo provisional de los colegios de practicantes era el siguiente: 45 colegios, tres agrupaciones, 2168 socios y nueve publicaciones periódicas[21].

Las matronas en posesión del título de practicante también formaron parte activa en la gestación de estos colegios voluntarios como en el caso de las practicantas almerienses cuyos nombres figuraban entre los de sus fundadores (González, 2006). Hasta 1928 los practicantes españoles celebraron un total de 14 asambleas nacionales (Expósito, 2023).

La irrupción de la enfermera desde 1915 y su posterior consolidación con la

17. Reglamento para el régimen de la sociedad de Ministrantes. [Ejemplar manuscrito]. (17 de diciembre de 1862). Ministerio de la Gobernación (Caja 44/06542). Archivo General de la Administración. Alcalá de Henares, Madrid.

18. Crónica. (30 de octubre de 1864). El Siglo Médico, pp. 703-704.

19. Crónica. (10 de mayo de 1885). El Siglo Médico, pp. 303-304.

20. Real decreto de 12 de enero de 1904, aprobando con carácter definitivo la Instrucción general de sanidad pública (conclusión). Gaceta de Madrid, Madrid, España, 23 de enero de 1904.

21. Sánchez, L. (1920). El censo de colegios. Boletín Oficial de los Practicantes de Medicina y Cirugía, 16(145), 8-9.

Real Orden de 1927 fueron percibidas por los practicantes como una amenaza a su hegemonía en un espacio profesional tradicionalmente masculinizado, generando una respuesta que trascendió la mera defensa corporativa. Los colegios de practicantes lideraron una oposición organizada y sostenida, a través de sus órganos de prensa, acciones colectivas y presión institucional, frente a la profesionalización de la enfermería, articulando un discurso centrado en el intrusismo, el "dualismo profesional" y la supuesta inferior cualificación de las enfermeras. Sin embargo, este posicionamiento incorporaba una clara dimensión de género: se deslegitimaba la formación femenina y se relegaba a las enfermeras a funciones subordinadas de cuidado, frente a la asistencia técnica reservada a los practicantes. Aquella reacción puede interpretarse como una resistencia de un colectivo mayoritariamente masculino ante el avance de un grupo profesional feminizado que ampliaba sus oportunidades de formación, empleo y autonomía, cuestionando así el orden patriarcal y contribuyendo a redefinir las relaciones de poder dentro del sistema sanitario (Calvo-Calvo, 2013, 2014).

Los resultados de esta investigación permiten constatar la existencia de iniciativas tempranas de organización colegial entre las matronas españolas, como la aparición en 1893 de la revista El Eco de las Matronas, proyecto tutelado por la clase médica (Expósito, 2023), o la constitución del Colegio de Profesoras en Partos de Granada en noviembre de 1895[22], estrechamente vinculado con su homónimo de Madrid, cuyos estatutos fueron presentados ante el gobernador civil el 12 de julio de ese mismo año (Ruiz-Berdún, 2011).

Estos datos resultan especialmente relevantes, ya que pone de manifiesto que el proceso de articulación corporativa de las matronas no solo se desarrolló de forma paralela al de los practicantes, sino que se inició en fechas relativamente tempranas, cuestionando la idea de un asociacionismo femenino tardío o dependiente. Los fines del colegio matronal granadino no eran otros que estrechar los lazos de unión entre las compañeras, promover el prestigio y la consideración social del colectivo y defender sus intereses profesionales, especialmente frente a los continuos casos de intrusismo[23].

22. Miscelánea. (12 de noviembre de 1895). El Defensor de Granada, pp. 1-2.

23. Miscelánea. (12 de enero de 1896). El Defensor de Granada, pp. 1-2.

En los años veinte las matronas españolas desarrollaron un importante despliegue periodístico con la publicación de al menos nueve revistas profesionales. Desde estas tribunas las matronas aprovecharon para reivindicar la igual de oportunidades y reconocimiento social que los varones sanitarios (González, 2006).

Mientras que en 1927 se había constituido casi en su totalidad un colegio de practicantes por provincia (Montesinos, 2011), tan solo había 11 colegios de matronas y el censo disponible era de 297 colegiadas[24]. Dos años después, había 16 colegios de matronas (Expósito, 2023).

Las dificultades que encontraron las matronas para constituirse en colegios profesionales evidencian una práctica institucional restrictiva que no se sustentaba en la legislación vigente. Aunque la ley de asociaciones de 1887 no establecía un número mínimo de integrantes para legalizar una sociedad, en la práctica las autoridades, especialmente gobernadores civiles y alcaldes, impusieron requisitos arbitrarios, como la exigencia de un mínimo de 50 matronas, claramente inasumible en muchas provincias. El caso de las matronas almerienses ilustra cómo estas trabas administrativas funcionaron como mecanismos de exclusión que limitaron el desarrollo del asociacionismo femenino (González, 2006). De este modo, más que responder a criterios legales, estas resistencias reflejan un contexto atravesado por prejuicios de género, que dificultaba la organización profesional de las mujeres y contribuía a perpetuar su subordinación e invisibilidad dentro del ámbito sanitario.

Desde 1895 hasta 1930 las matronas celebraron en suelo español seis asambleas o congresos nacionales y un congreso internacional (Expósito, 2023).

Una de las principales tensiones que afectaron a las matronas fue el prolongado conflicto con los practicantes, respaldados por el estamento médico, especialmente tras la disposición de 1902 que amplió sus competencias para asistir partos normales en poblaciones de hasta 10000 habitantes[25], invadiendo un ámbito tradicionalmente desempeñado por aquellas. Este conflicto, más allá de los intereses corporativos, revela una disputa atravesada por el género, en tanto supuso la expansión de un colectivo mayoritariamente masculino sobre un espacio profesional

24. Colegios y Sociedades de Profesionales. (1927). En Primer Anuario Médico de España (pp. 405-464). Madrid: Apolo.
25. Real decreto de 31 de enero de 1902, relativo á los estudios y reválida de la carrera de Practicantes. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 1 de febrero de 1902.

feminizado, contribuyendo a reforzar la subordinación de las matronas dentro del sistema sanitario. Ante esta situación, y con el fin de mejorar su posición en el mercado laboral, muchas matronas, particularmente en el medio rural, optaron por ampliar su capacitación obteniendo también el título de practicante (González, 2006).

En contraste con el desarrollo organizativo de practicantes y matronas, el asociacionismo de las enfermeras en España se caracterizó por su tardía aparición. Entre los factores que explican este retraso destacan la débil institucionalización de la profesión enfermera, la fuerte influencia de instituciones religiosas en la formación y el ejercicio profesional (González, 2006), sin olvidar la persistencia de estereotipos de género que asociaban el cuidado con una extensión de las tareas domésticas (Siles, 2023).

Aunque existieron diversas iniciativas en el segundo decenio de 1900, con asociaciones de carácter benéfico-asistencial como la Asociación Santa Verónica de enfermeras gratuitas de los obreros y de los pobres vergonzantes enfermos a domicilio, constituida en Barcelona en 1912[26], y asociaciones de antiguas alumnas como la Asociación de Enfermeras españolas María Cristina constituida en Madrid en 1913[27]. Esta última asociación, creada formalmente antes del reconocimiento oficial del título de enfermera, prueba la existencia de iniciativas precursoras orientadas a la consolidación profesional del colectivo. Esta asociación desempeñó un papel relevante en la promoción de la educación femenina y en la apertura de nuevas oportunidades laborales para las mujeres (González y Herrera, 2016).

No obstante, todas estas iniciativas carecieron de la continuidad y la proyección corporativa necesarias para estructurar un movimiento colegial sólido.

A diferencia del caso español, en el contexto internacional, especialmente en el ámbito anglosajón, las enfermeras estrechamente vinculadas con la lucha por los derechos de la mujer y el movimiento sufragista asumieron un papel protagonista en el desarrollo del asociacionismo profesional desde finales del siglo XIX con la creación de organizaciones como la Asociación de Enfermeras Británicas en 1888 y el Consejo Internacional de Enfermeras en 1899 (Expósito, 2023).

26. Noticias religiosas. (23 de octubre de 1912). La Vanguardia [Edición de la mañana], pp. 5-6.

27. Instituto Rubio. (7 de julio de 1913). La Correspondencia de España [Segunda edición para Madrid], p. 6.

Colegiación oficial para practicantes, matronas y enfermeras

Con escasos meses de diferencia, fueron aprobadas las disposiciones que establecieron la colegiación obligatoria para practicantes y matronas, 28 de diciembre de 1929 y 7 de mayo de 1930, respectivamente, pero lo hicieron dentro de un marco claramente jerárquico. Estos colegios nacieron subordinados a la autoridad de los colegios médicos, a los que debían respeto, acatamiento y colaboración, quedando además sujetos a su supervisión en aspectos clave como la resolución de conflictos profesionales o la fijación de honorarios[28]. En este sentido, la organización colegial de practicantes y matronas no supuso una autonomía plena, sino que reprodujo una estructura de dependencia respecto del poder médico, consolidando una relación de subordinación institucional dentro del sistema sanitario.

A nivel estatal, las enfermeras no lograron en este periodo el reconocimiento oficial de su organización colegial, pese a la creciente relevancia de su labor sanitaria. No obstante, impulsaron iniciativas asociativas propias en un contexto marcado también por dinámicas internacionales. La ausencia de una organización nacional de enfermeras en España impidió su representación en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), institución configurada en 1899 como una federación de asociaciones de mujeres. Esta circunstancia excluía a los practicantes españoles, tanto por razones de género como de denominación profesional. Ante este panorama, los practicantes trataron de proyectarse internacionalmente promoviendo iniciativas propias orientadas a la unificación profesional a través de la Federación Internacional de Técnicos de Salud Pública, mientras que, en el ámbito femenino, surgieron propuestas para articular una representación específica de las enfermeras. Durante la Segunda República, se produjo un incipiente proceso de toma de conciencia por parte de las enfermeras. Figuras como Amelia Escámez desempeñaron un papel clave al señalar la oportunidad de organizar la profesión en España, impulsando la creación en 1933 del Colegio Oficial de Enfermeras Españolas,

28. Real orden de 28 de diciembre de 1929, concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 29 de diciembre de 1929; Real orden de 7 de mayo de 1930, concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 9 de mayo de 1930.

posteriormente Asociación Nacional de Enfermeras Españolas, que, espoleadas por los principios secularizadores y la orientación laica de la Segunda República, promovió la sustitución progresiva de las Hermanas de la Caridad en los establecimientos sanitarios públicos por enfermeras técnicamente cualificadas, ofreciendo su colaboración hasta que dichas plazas fueran provistas mediante procedimientos reglados de concurso u oposición (Expósito, 2023).

Junto a esta iniciativa, destacó también la constitución en 1934 de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias de España presidida por Mercedes Milá (Pedraz et al., 2007). Ambas experiencias reflejan el esfuerzo de las enfermeras por construir espacios propios de representación y reconocimiento en un sistema sanitario que aún no les otorgaba plena legitimidad institucional, así como su voluntad de participar activamente en la definición de su identidad profesional.

Años después, en 1935, Cataluña se adelantó al conjunto del Estado en la regulación de la colegiación oficial de las enfermeras. Este avance debe situarse en el marco de la reorganización político-administrativa impulsada por la Segunda República, especialmente tras la aprobación del Estatuto de Cataluña de 1932, que otorgó a la Generalidad competencias en materia de sanidad. En este contexto, la administración catalana asumió la ordenación de las profesiones sanitarias y promovió la creación de colegios oficiales propios, entre ellos el Col·legi d'Infermeres Oficials de Catalunya, constituido el 13 de abril de 1935,[29] y cuyos estatutos parece ser que no llegaron a aprobarse por el estallido de la Guerra Civil española (Domínguez, 2017).

Este proceso resulta especialmente significativo, ya que permitió una temprana institucionalización de la profesión enfermera en un espacio político más receptivo a las demandas de modernización y profesionalización de las mujeres. Asimismo, la integración de este colegio en la Federació de Professions Auxiliars de la Sanitat de Catalunya evidencia la voluntad de las enfermeras de participar en estructuras colectivas de representación, superando parcialmente las limitaciones que, en el ámbito estatal, seguían condicionando su reconocimiento profesional.

29. Ordre de 14 de novembre del 1935, publicant als efectes de reclamació la relació provisional de les entitats obreres inscrites al Cens Electoral Social de Catalunya format d'acord amb el Decret del 30 de juliol de 1935. Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España, 22 de noviembre de 1935.

Sin embargo, este desarrollo se vio interrumpido por la guerra civil y posteriormente condicionado por el modelo sanitario del franquismo, que limitó la autonomía profesional y reforzó estructuras jerárquicas que dificultaron la consolidación del asociacionismo enfermero.

Durante la contienda bélica, la organización colegial de las profesiones sanitarias experimentó una profunda transformación, especialmente en la zona republicana, donde el modelo corporativo fue progresivamente desmantelado. Los colegios de practicantes y matronas quedaron intervenidos, incautados y finalmente disueltos, siendo sustituidos por nuevas estructuras de carácter sindical o administrativo. En este proceso, las organizaciones profesionales perdieron su autonomía y quedaron integradas en el aparato sanitario del Estado republicano, primero bajo el control de sindicatos y organizaciones del Frente Popular, y posteriormente a través de las Delegaciones Provinciales de Asistencia Médica creadas en 1938. Los practicantes, estrechamente vinculados a organizaciones sindicales como la UGT, desempeñaron un papel activo en la asistencia sanitaria de guerra, integrándose en dispositivos militarizados y en la red de hospitales y puestos de socorro. Las matronas, por su parte, también participaron en estas tareas asistenciales, si bien su papel continuó siendo menos visible y reconocido, en línea con la tradicional invisibilización del trabajo sanitario femenino (Expósito, 2023).

Especial relevancia adquiere el caso del Col·legi d'Infermeres Oficials de Catalunya, que, en el contexto de la movilización sanitaria impulsada por la Generalitat, desempeñó funciones de organización y control del personal enfermero, llamando a la incorporación de profesionales especializadas en distintas áreas (Tarradellas, 2008). Este protagonismo institucional de las enfermeras en Cataluña supone una excepción significativa dentro del panorama español, al evidenciar una mayor integración de un colectivo mayoritariamente femenino en las estructuras sanitarias oficiales. No obstante, esta participación se produjo en un marco condicionado por las necesidades bélicas, lo que limitó el desarrollo de una autonomía profesional plena.

En la zona sublevada los colegios profesionales iniciaron su reorganización bajo la tutela del nuevo régimen (Expósito, 2023). Esta reconstrucción no fue homogénea: mientras que el Consejo General de Colegios Médicos fue restablecido

tempranamente, los colegios de practicantes tuvieron que articular de forma autónoma una Junta Nacional Provisional,[30] evidenciando una menor prioridad institucional. En este espacio, además, se reactivaron debates sobre la identidad profesional, la subordinación al estamento médico y la posible unificación de las profesiones auxiliares sanitarias.

En conjunto, la guerra supuso la quiebra del modelo colegial previo y su sustitución por formas organizativas condicionadas por el contexto político de cada zona, reforzando dinámicas de subordinación profesional, especialmente respecto al poder médico, y evidenciando la fragilidad de la autonomía corporativa de estos colectivos en situaciones de crisis.

Acabada la guerra, la reorganización colegial avanzó de forma desigual. Los practicantes reconstruyeron con rapidez su aparato corporativo: se nombraron comisiones gestoras en las provincias, se celebró en Madrid en julio de 1939 la primera Asamblea Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes de la posguerra y, a finales de ese mismo año, quedó constituido el Consejo General de Colegios de Practicantes de España[31]. Esta pronta recomposición revela tanto su mayor capacidad organizativa como la favorable receptividad del nuevo régimen hacia un colectivo masculinizado, que aspiraba a consolidarse como auxiliar técnico único del médico y a reforzar su presencia en la sanidad.

En el caso de las matronas, los colegios continuaron funcionando tras la guerra con arreglo a los estatutos de 1930, y allí donde no existía número suficiente de colegiadas algunas solicitaron su incorporación a los colegios de practicantes[32]. El hecho de que la depuración de las matronas no fuese asumida por sus propios colegios, sino por los colegios de médicos, como en los casos de Cádiz y Madrid (Cabrera-Afonso y Herrera, 2004; Ruiz-Berdún y Gomis, 2012), evidencia una clara

30. Junta de Presidentes de Colegios de Practicantes de la España liberada. (1937). El Practicante Aragonés, 32(455-456), 7-9.

31. Sánchez, L. y Fuente, R. (1940). [Acta de la reunión correspondiente al día 22 de diciembre de 1939]. Boletín Oficial del Consejo General de Colegios de Practicantes de España, 1(1), 39-40.

32. Acta de la reunión celebrada por el Pleno del Consejo general de Colegios Oficiales de Practicantes en 30 de junio de 1942. (1942). Medicina y Cirugía Auxiliar, 3(17), 22.

desigualdad de género. A diferencia de los médicos, que mantuvieron capacidad de intervención en sus procesos depuradores, las matronas quedaron sometidas a una instancia externa y masculina, reflejando su menor autonomía y la subordinación institucional de las profesiones sanitarias femeninas en el franquismo (Ruiz-Berdún y Gomis, 2012).

Durante el primer franquismo, la enfermería fue configurada no tanto como una profesión autónoma, sino como un instrumento funcional al servicio del Estado, inscrito en el proyecto político del nacionalsindicalismo. En este marco, la Sección Femenina de Falange Española, con Pilar Primo de Rivera al frente como Delegada Nacional, desempeñó un papel fundamental al canalizar la participación de las mujeres hacia tareas asistenciales consideradas acordes con su "naturaleza". La formación de enfermeras priorizó valores como la disciplina, la obediencia y el sacrificio por encima de la cualificación técnica, contribuyendo a consolidar un modelo profesional subordinado. De este modo, la enfermera fue definida como una figura al servicio del cuidado, estrechamente vinculada a un ideal de feminidad basado en la abnegación y la extensión del rol maternal al ámbito sanitario.

Asimismo, la enfermería se integró en un sistema asistencial que descansaba en gran medida sobre el trabajo femenino, permitiendo al régimen suplir sus limitaciones estructurales en materia sanitaria. Esta utilización de las enfermeras no solo respondió a necesidades asistenciales, sino que también cumplió una función de control social, ya que, a través de su actividad, especialmente en la visita domiciliaria y la educación sanitaria, actuaron como transmisoras de los valores morales, políticos y religiosos del régimen (Giménez, 2016).

En consecuencia, la construcción de la enfermería durante el franquismo estuvo atravesada por una doble lógica de subordinación: por un lado, al poder médico dentro del sistema sanitario; por otro, al aparato ideológico del Estado. La posterior institucionalización colegial de las enfermeras no puede interpretarse como un proceso neutro de profesionalización, sino como la formalización de un modelo previamente configurado por estas dinámicas, en el que la organización corporativa quedó condicionada por relaciones de jerarquía, dependencia y control de género.

Extinguidas todas las experiencias asociativas surgidas durante la Segunda República, será en el periodo de la dictadura franquista, cuando se promulgue una ley

estatal decretando la colegiación obligatoria para las enfermeras. La aprobación en 1944 de la Ley de Bases de Sanidad Nacional alteró profundamente el panorama colegial al disponer que practicantes, matronas y enfermeras tituladas quedarían integrados en los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios[33]. La normativa posterior relacionada supuso una reorganización común bajo una misma estructura colegial, pero no implicó igualdad profesional ni eliminó las jerarquías internas atravesadas por el género, ya que, aunque formalmente se reconocía la presencia de matronas y enfermeras dentro de los órganos de gobierno colegial, su participación se limitaba a una representación minoritaria y subordinada. La exigencia de que los principales cargos ejecutivos: presidente, secretario general, tesorero y contador, estuvieran necesariamente en posesión del título de practicante demuestra que el poder efectivo recaía en este colectivo, mayoritariamente masculino. Tampoco desapareció la subordinación al poder médico. Al contrario, el nuevo marco normativo reafirmó la posición del practicante como auxiliar inmediato del médico, mantuvo a las matronas circunscritas a la asistencia de los partos normales y definió a la enfermera como auxiliar subalterna del facultativo, sin capacidad de actuación autónoma[34].

A pesar De lo establecido, la constitución efectiva de los colegios de enfermeras se demoró hasta bien avanzada la década de 1950. En ese intervalo, se creó en Madrid la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas (APEE), cuyos estatutos obtuvieron la aprobación de la Dirección General de Sanidad el 9 de enero de 1951, y en los que se preveía la posibilidad de constituir juntas en aquellas provincias donde hubiese al menos cincuenta enfermeras[35]. Aquella asociación tenía como objetivos unir a las enfermeras en un organismo, desde el cual poder recibir apoyo y mejorar nuestra situación profesional pero sobre todo y ante todo, su principal

33. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 26 de noviembre de 1944.

34. Orden de 26 de noviembre de 1945, por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 5 de diciembre de 1945.

35. Estatutos. (1951). Enfermeras, 2(11-17), 4-7.

aspiración era alcanzar la creación del Colegio Profesional[36]. La presidencia de esta entidad recayó en Mercedes Milá.

Cuando la APEE proyectó transformarse en Colegio de Enfermeras, surgió una fuerte oposición desde la Sección Femenina. Pilar Primo de Rivera consideraba que, dentro del modelo nacionalsindicalista, la forma legítima de organización profesional debía articularse a través del sindicalismo vertical y no mediante corporaciones autónomas de carácter colegial. Por este motivo impulsó en 1953 la creación de la Agrupación Sindical Española de Enfermeras dentro del Sindicato Nacional de Actividades Diversas (Ruiz-Berdún, 2013; Suárez, 1993).

La conflictividad generada en torno a este proceso revela que la disputa excedía ampliamente el terreno organizativo. En mayo de 1953, las enfermeras dependientes de la Dirección General de Sanidad comenzaron a recibir un escrito anónimo, sellado oficialmente, en el que se les instaba a abstenerse de inscribirse en cualquier organismo relacionado con la profesión hasta recibir órdenes superiores. La reacción de Pilar Primo de Rivera fue inmediata, denunciando personalmente ante el director general de Sanidad el "confusionismo y división" que aquel documento estaba generando entre las enfermeras (Ruiz-Berdún, 2013). Pocos días después, la Primera Asamblea Nacional de Enfermeras, presidida por la propia Primo de Rivera, culminó con la constitución de la Junta Nacional de la Agrupación Sindical Española de Enfermeras, reforzando así el modelo de encuadramiento sindical auspiciado por el régimen.

Este conflicto institucional se refleja con claridad en la carta remitida por Mercedes Milá a las asociadas, en la que se evidencia el cambio de postura de la Sección Femenina, que pasó de apoyar la iniciativa colegial a oponerse a ella bajo el argumento de que los colegios profesionales constituían "organismos liberales" incompatibles con el modelo del régimen. La comunicación pone de relieve tanto la frustración de unas expectativas profesionales que parecían inminentes como la vulnerabilidad organizativa del colectivo enfermero frente a decisiones políticas externas (Germán et al., 2020).

36. Mercedes Milá [Presidenta de la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas]. (ca. 1953). [Carta a las asociadas]. Copia en posesión de Raúl Expósito González.

Sin embargo, este episodio también puede interpretarse como la expresión de tensiones internas dentro del propio universo femenino del franquismo. Figuras vinculadas a la Sección Femenina, como Pilar Primo de Rivera o la propia Mercedes Milá, fueron mujeres con formación, capacidad de liderazgo y presencia en espacios de poder, lo que introduce una paradoja entre el discurso normativo de subordinación femenina y las prácticas reales de ejercicio de autoridad (Germán et al., 2020). En este sentido, el enfrentamiento entre la APEE y la Sección Femenina no solo responde a un conflicto entre profesionalización y control político, sino también a distintas formas de concebir el papel de las mujeres en el ámbito público: una, orientada hacia la autonomía corporativa y el reconocimiento profesional; otra, hacia su encuadramiento dentro de las estructuras ideológicas del Estado.

No obstante, fueron las propias juntas provinciales de la APEE, en colaboración con las agrupaciones sindicales de enfermeras, las que desempeñaron un papel decisivo en la génesis de los colegios de enfermeras en diversos puntos del país (Domínguez, 2017). En este contexto, en mayo de 1953 se instó a las enfermeras tituladas a no demorar su incorporación al sistema colegial, disponiendo la creación de un colegio oficial en cada provincia, de adscripción obligatoria para el ejercicio profesional. Estos nuevos colegios se estructurarían y regirían conforme a un modelo organizativo análogo al establecido previamente para practicantes y matronas[37].

Frente a las dificultades que encontraron las enfermeras para consolidar una organización colegial propia, el caso de las matronas muestra una evolución parcialmente distinta dentro del mismo marco normativo. Así, mientras la aspiración de las enfermeras a constituir su colegio profesional se vio obstaculizada por la intervención de la Sección Femenina y su encuadramiento en estructuras sindicales, en 1951 se aprobaron, a pesar de la Ley de Bases de 1944, los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas[38], permitiendo a este colectivo recuperar una estructura corporativa propia. Este contraste pone de manifiesto que, incluso dentro de las profesiones sanitarias feminizadas, existieron

37. Orden de 12 de mayo de 1953, por la que se dispone que se constituyan los Colegios provinciales de Enfermeras tituladas. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 15 de mayo de 1953.

38. Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprueban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de junio de 1951.

trayectorias diferenciadas en función de su reconocimiento previo, su grado de institucionalización y su posición dentro de la jerarquía sanitaria. Mientras las matronas lograron preservar una identidad profesional relativamente autónoma, las enfermeras vieron condicionado su desarrollo corporativo por mayores niveles de tutela política e ideológica.

No obstante, el principal obstáculo para la autonomía colegial de las enfermeras no procedía únicamente de la Sección Femenina. Los practicantes, colectivo masculinizado y corporativamente consolidado, percibieron el avance formativo y profesional de las enfermeras como una amenaza directa a su posición hegemónica. La ampliación de los estudios de las enfermeras a tres cursos y la creciente especialización técnica del colectivo generaron inquietud entre los practicantes. En este contexto, Juan Córdoba, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes, defendió ante las autoridades la necesidad de delimitar funciones y avanzar hacia la unificación de practicantes, matronas y enfermeras bajo una única categoría profesional: la de Auxiliar Sanitario Único (Ruiz-Berdún, 2013).

Las declaraciones de Teresa Loring permiten apreciar cómo, desde sectores próximos a la Sección Femenina, se interpretó la unificación ATS como una victoria de los practicantes sobre una profesión crecientemente feminizada. Loring afirmaba que muchos practicantes rechazaban convertirse en "enfermeros" y mostraban resistencia a integrarse en escuelas de enfermería o a someterse a prácticas regladas, logrando finalmente imponer la denominación de Ayudantes Técnicos Sanitarios (Loring, s. f.).

En consecuencia, la unificación de las profesiones de practicantes, matronas y enfermeras en el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), establecida en 1953[39], no puede entenderse únicamente como una reforma académica o profesional, sino como parte de un proceso más amplio de reorganización corporativa bajo los principios del Estado nacional sindicalista. En este contexto, la disolución en 1954 de los colegios profesionales existentes, así como de sus órganos rectores, Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes, Consejo General de Colegios Oficiales de Matronas y Asociación Nacional de Enfermeras Españolas, y su sustitución

39. Decreto de 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de diciembre de 1953.

por una estructura centralizada, el Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, supuso la subordinación de la organización profesional a los mecanismos de control del régimen. Aunque formalmente se mantuvo una división en tres secciones: practicantes, matronas y enfermeras, la autonomía de estas quedó fuertemente limitada por la intervención directa de la Dirección General de Sanidad en la designación de cargos y, especialmente, por la incorporación explícita de representantes de Falange en las juntas de gobierno. Esta presencia institucional del aparato político se intensificaba en el caso de las enfermeras, donde, además, se preveía la inclusión de una vocal designada por el Sindicato de Actividades Diversas, evidenciando su doble encuadramiento colegial y sindical[40].

La orden que estableció la colegiación y sindicación obligatoria para las enfermeras a finales de 1954[41] no hizo sino confirmar la imposición de un modelo organizativo coherente con la ideología del régimen, en el que la representación profesional quedaba subordinada a las estructuras sindicales oficiales. Este hecho permite reinterpretar retrospectivamente el conflicto entre la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas (APEE) y la Sección Femenina: la oposición de esta última a la creación de un colegio profesional independiente no fue un episodio aislado, sino la expresión de un proyecto político que rechazaba las formas de organización corporativa autónoma, consideradas propias del liberalismo, en favor de un modelo de encuadramiento vertical.

Mientras que la unificación en el título de ATS aparentaba una equiparación formal de las distintas profesiones auxiliares sanitarias, en la práctica mantuvo e incluso reforzó jerarquías previas, tanto profesionales como sexuales.

40. Orden de 25 de enero de 1954, por la que se disuelven los Colegios Profesionales de Practicantes, Matronas y Enfermeras, y designando una Comisión para sustituirlos provisionalmente. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 12 de febrero de 1954; Orden de 29 de marzo de 1954 por la que se aprueban los Estatutos o Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de los Colegios provinciales. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 9 de abril de 1954; Orden de 30 de julio de 1954 por la que se aprueban los Estatutos de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 7 de agosto de 1954; Orden de 30 de julio de 1954, por la que se modifica el artículo octavo de los Estatutos del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 11 de agosto de 1954.

41. Orden conjunta de ambos Departamentos [Ministerio de la Gobernación y Secretaría General del Movimiento] de 20 de diciembre de 1954 por la que se dispone la obligatoria colegiación y la sindicación de cuantas personas ejerzan la profesión de Enfermera y se hallen en posesión del título profesional correspondiente. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de diciembre de 1954.

La diferenciación entre ATS masculinos y femeninos, la limitación de competencias de las enfermeras y la coexistencia de personal femenino no titulado (auxiliares de clínica) evidencian la persistencia de un modelo que vinculaba el trabajo femenino a funciones de cuidado subordinadas y escasamente reconocidas. Así, la reorganización colegial y formativa de la década de 1950 no solo integró administrativamente a estos colectivos, sino que los insertó en un entramado institucional en el que la ideología del régimen a través del sindicalismo vertical y de la Sección Femenina condicionó de manera decisiva las posibilidades de autonomía, representación y desarrollo profesional de las enfermeras.

A comienzos de 1958, una orden ministerial estableció que los ATS, tanto hombres como mujeres, debían estar colegiados en los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios para poder ejercer la profesión. Dicha colegiación se articuló claramente diferenciada en función del sexo: los ATS procedentes de escuelas masculinas debían inscribirse en la Sección de Practicantes, mientras que las ATS formadas en escuelas femeninas lo hacían en la Sección de Enfermeras, reservándose la Sección de Matronas para aquellas que contasen con dicha especialidad[42].

Esta organización colegial, lejos de responder únicamente a criterios formativos o competenciales, reproducía una estricta división sexual del trabajo dentro del ámbito sanitario. De hecho, aunque normativamente no estaba permitido, algunas ATS femeninas optaron por colegiarse en la Sección de Practicantes con el fin de acceder a mayores posibilidades de ejercicio profesional autónomo, evidenciando así las limitaciones impuestas a las enfermeras dentro de su propia sección. En sentido inverso, la Sección de Enfermeras no contemplaba la incorporación de profesionales varones, consolidando un espacio profesional feminizado y, al mismo tiempo, más restringido en términos de reconocimiento y autonomía (Alcalde, 1972).

Por otra parte, el nombramiento en 1963 de Carmen Franco, marquesa de Villaverde, como presidenta de honor de las enfermeras[43] simboliza la estrecha vinculación entre la profesión y las élites del régimen, reforzando un modelo de repre

42. Orden de 13 de enero de 1958, por la que se establece la colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 6 de febrero de 1958.

43. Presidenta de honor. (marzo de 1963). Caridad, Ciencia y Arte, 1(1), 3-4.

sentación femenina alineado con la ideología nacionalsindicalista. La dimisión de Mercedes Milá y su sustitución por Teresa Loring se inscriben en este proceso de reconfiguración del liderazgo dentro de parámetros más acordes con dicha orientación (Germán et al., 2020). En este contexto, el ingreso de las enfermeras españolas en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en 1965[44] puede interpretarse como un intento de proyección exterior y legitimación profesional, compatible con un modelo interno fuertemente controlado y jerarquizado desde una concepción ideológica del papel de la mujer.

Asimismo, la obligatoriedad simultánea de colegiación y sindicación para ejercer la profesión enfermera evidencia hasta qué punto el régimen subordinó la organización profesional al aparato político del Estado. Esta situación trascendió incluso el ámbito nacional. Teresa Loring recordaría años después las dificultades que encontró el Consejo Nacional de Enfermeras Españolas para ingresar en el CIE, debido precisamente a que la pertenencia obligatoria a la Agrupación Sindical de Enfermeras era percibida internacionalmente como una injerencia política incompatible con el ejercicio de una profesión libre (Loring, s. f.). De este modo, el conflicto entre colegiación autónoma y encuadramiento sindical no solo condicionó la organización interna de la enfermería española, sino también su reconocimiento y legitimidad en el ámbito internacional.

Integración de los estudios en la universidad

La década de los setenta del siglo pasado constituyó una etapa de profundas transformaciones en la historia contemporánea española, marcada por el agotamiento del régimen franquista y la progresiva apertura hacia formas políticas más participativas. La muerte de Francisco Franco el 20 de noviembre de 1975 no solo supuso el fin de una dictadura de casi cuatro décadas, sino también el inicio de un complejo proceso de transición que implicó la reconfiguración de las estructuras políticas, sociales e institucionales del país. Este proceso, caracterizado por la negociación entre distintos actores y por una gradual desarticulación del aparato autoritario, culminó con la aprobación de la Constitución de 1978, que consagró un modelo democrático basado en derechos, libertades y pluralismo político.

44. Alberca, E. M. (septiembre de 1965). El Congreso en acción. Caridad, Ciencia y Arte, 2(11), 4-9.

En este contexto de cambio, los distintos colectivos profesionales, entre ellos el sanitario, se vieron inmersos en dinámicas de movilización y redefinición de sus estructuras organizativas, en sintonía con las transformaciones más amplias de la sociedad española.

La integración de los estudios de ATS en la universidad y el proceso de unificación colegial no pueden entenderse sin el protagonismo de la Coordinadora Nacional, un movimiento asambleario surgido en 1976 que canalizó el descontento profesional y articuló una agenda de transformación centrada en la dignificación académica y la reorganización corporativa de la enfermería (Germán, 2013). Su capacidad de movilización y de interlocución con la Administración resultó decisiva tanto para la incorporación de las escuelas de ATS a la universidad como para impulsar la colegiación única e indiscriminada, superando la fragmentación previa por sexos y titulaciones (Expósito, 2023).

El debate en torno a la denominación de los nuevos estudios universitarios evidenció la persistencia de identidades corporativas diferenciadas dentro del ámbito sanitario. Mientras las matronas defendieron una formación universitaria independiente, los practicantes propusieron una denominación vinculada al campo médico, en contraste con las enfermeras y la Coordinadora Nacional, que impulsaron el término Diplomado en Enfermería, finalmente adoptado[45]. En 1977 las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios pasaron a integrarse en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería[46].

Colegiación única y sin discriminación

En 1974 se aprobó la Ley de Colegios Profesionales[47]. La adaptación de los colegios de auxiliares sanitarios a la nueva normativa no resultó un camino de rosas. En 1977 la colegiación continuaba diferenciada en función del sexo, y las posicio-

45. Ramos Calero, E. (agosto-octubre de 1977). Escuelas Universitarias de Enfermería: Ganaron Teresa Loring y el I.N.P. Canarias Paramédica., 2(8), 4-6.

46. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 22 de agosto de 1977.

47. Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 15 de febrero de 1974.

nes entre las tres secciones del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios distaban bastante de lograr la ansiada unificación colegial, así que tuvo que ser la Administración quien, a instancias de la Coordinadora Nacional, promoviese este proceso. En abril de 1977, el ministerio de la Gobernación, dispuso una orden sobre la adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley de Colegios Profesionales, ajustándose al principio de colegiación única e indiscriminada[48]. Aquella disposición fue percibida por el aparato del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios como una injerencia administrativa en la organización colegial, al imponer la unificación sin consenso y cuestionar la autonomía de sus órganos directivos, en aparente contradicción con la Ley de Colegios Profesionales.

Las resistencias al proceso de unificación colegial ponen de manifiesto que la reconfiguración profesional de la enfermería estuvo atravesada por tensiones de género y por la persistencia de identidades corporativas diferenciadas. El caso de Barcelona resulta especialmente significativo: el colegio de practicantes, mayoritariamente masculino y liderado por Francisco Icart Bañolas, se erigió en uno de los principales focos de oposición a la integración, frente a una nueva organización colegial encabezada por la enfermera Rosa Serra Budoy. Este enfrentamiento no solo refleja un conflicto institucional, sino también la disputa entre un modelo profesional masculinizado, vinculado históricamente al ámbito médico, y otro emergente, de carácter feminizado, que aspiraba a la autonomía disciplinar de la enfermería.

De forma paralela, la resistencia de las matronas a su integración en los colegios unificados evidencia la pervivencia de una identidad profesional propia dentro de un colectivo también femenino, que reivindicaba su especificidad formativa y competencial. Su incorporación definitiva en 1985 no supuso tanto la desaparición de dicha identidad como su reubicación dentro de una estructura colegial común (Expósito, 2023).

En conjunto, estos procesos muestran que la unificación no fue únicamente una

48. Orden de 1 de abril de 1977, sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales. Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid, Madrid, España, 2 de abril de 1977.

reforma organizativa, sino un espacio de negociación en el que se redefinieron jerarquías profesionales y posiciones de género en el ámbito del cuidado.

Conclusiones

El estudio del proceso de incorporación de matronas y enfermeras a los colegios profesionales en España permite constatar que la organización colegial de las profesiones auxiliares sanitarias estuvo condicionada, desde sus orígenes, por relaciones de poder atravesadas por el género. Lejos de constituir un desarrollo homogéneo o neutro, la configuración corporativa de estos colectivos reprodujo una división sexual del trabajo sanitario que situó a las profesiones feminizadas en posiciones de subordinación respecto al estamento médico y a colectivos masculinizados como el de los practicantes.

La investigación confirma que las matronas desarrollaron tempranas estrategias de organización profesional y asociativa, aunque limitadas por obstáculos institucionales y sociales que dificultaron su consolidación. Por su parte, el asociacionismo enfermero presentó un desarrollo más tardío y fragmentado, condicionado tanto por la débil institucionalización inicial de la profesión como por el control ideológico ejercido durante el franquismo.

Asimismo, el análisis evidencia que la reorganización colegial impulsada por el régimen franquista no supuso una verdadera equiparación profesional, sino la consolidación de estructuras jerárquicas y mecanismos de control político y sindical que condicionaron la autonomía corporativa de las enfermeras. En conjunto, la evolución histórica de la colegiación enfermera muestra cómo la profesionalización del cuidado estuvo estrechamente vinculada a dinámicas de género que influyeron decisivamente en sus formas de representación, reconocimiento y desarrollo profesional.

Referencias bibliográficas

- Alcalde, C. (1972). Ayudantos-tas Técnicos-cas Sanitarios-as. Triunfo, 26(486), 14-15.
- Álvarez Ricart, M. C. (1988). La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX. Barcelona: Anthropos.
- Arcas Ruiz, M. J., Ortega Martín, E., Navarro Jiménez, M. C., Arcas Ruiz, P. y Ortíz Gómez, T. (1994). Fuentes del Archivo Histórico del Colegio Oficial de Matronas de Granada. En Las mujeres en la historia de Andalucía. Actas del II Congreso de Historia de Andalucía (Vol. 2, pp. 139-144). Córdoba: Consejería de Cultura y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía y Obra Social y Cultural Cajasur.
- Arcas Ruiz, P., Arcas Ruiz, M. J., Ortega Martín, E. y Navarro Jiménez, M. C. (1994). Las matronas en Granada. El ejercicio profesional en la provincia (1927-1960). En Las mujeres en la historia de Andalucía. Actas del II Congreso de Historia de Andalucía (Vol. 2, pp. 223-236). Córdoba: Consejería de Cultura y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía y Obra Social y Cultural Cajasur.
- Ávila Olivares, J. A. (2015). La constitución del Colegio de Matronas de Valencia y sus primeros tiempos. Enfermería Integral, 107, 25-27.
- Cabrera-Afonso, J. R. y Herrera Rodríguez, F. (2004). Expedientes de depuración de profesionales sanitarios a través de la documentación existente en el colegio oficial de médicos de Cádiz (1941-1946). En J. Martínez-Pérez, M. I. Porras Gallo, P. Samblás, Tilve y M. del Cura González (Coords.), La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica (pp. 401-421). Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Calvo-Calvo, M. A. (2013). La reacción de los colegios oficiales de practicantes a la creación de la enfermera titulada en 1927. En C. C. Álvarez Nebreda y F. J. Hernández Martín (Eds.), El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012) (pp. 383-389). Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
- Calvo-Calvo, M. A. (2014). La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. Dynamis, 34(2), 425-446. Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/280745/368423
- Camaño-Puig, R. y Forero Rincón, O. (1999). Escuelas de Enfermería: de la escasez a la abundancia… Su evolución histórica (1857-1977). Híades, 4(5-6), 155-167.
- Capel Martínez, R. M. (1982). El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930). Madrid: Ministerio de Cultura. Dirección General de Juventud y

Promoción Sociocultural.

- Córdoba Mariscal, M. A. (1994). El asociacionismo profesional a través de la revista Enfermeras (1950-1951). Jano. Medicina y Humanidades, 47(1098), 81-86.
- Delgado Granados, P. (2001). La formación profesional en la mujer: 1900-1928. En C. Flecha García y M. Núñez Gil (Eds.), La educación de las mujeres: nuevas perspectivas (pp. 67-81). Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Domínguez Alcón, C. (2017). Evolución del cuidado y profesión enfermera. Esplugues de Llobregat, Barcelona: San Juan de Dios. Campus Docent.
- Expósito González, R. (2023). La Organización Colegial de la Enfermería Española: desde los inicios de la actividad colegial hasta la colegiación oficial única. Huarte: Ulzama.
- Fernández Pérez, J. A., Barajas Arroyo, G., y Yáñez Barroso, L. (2022). Profesión, ocupación y trabajo. Eliot Freidson y la conformación del campo. Ciudad de México, México: Comunicación Científica. https://doi.org/10.52501/cc.083
- García Martínez, M. J. y García Martínez, A. C. (2004). Mujer y Asociacionismo profesional. El Colegio de Matronas de Sevilla y su labor en la defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX. Híades, 9(9), 607-624.
- Germán Bes, C. (2013). La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978. Universidad de Zaragoza.
- Germán Bes, C., Martínez Santos, Y. y Espejo Más, M. (2020). Las primeras enfermeras laicas españolas. Aurora Mas y los orígenes de una profesión en el siglo XX. Universidad de Zaragoza.
- Giménez Muñoz, M. C. (2016). La instrucción de enfermeras como labor ideológica de la Sección Femenina (1936-1953). Arenal, 23(2), 267-286.
- González Canalejo, C. (2006). Las Cuidadoras. Historia de las practicantas, matronas y enfermeras (1857-1936). Almería: Instituto de Estudios Almerienses.
- González Iglesias, M. E. y Herrera Rodríguez, F. (2016). Socorro Galán Gil y las enfermeras del Instituto Rubio. Temperamentvm, 12(24), t11229. Recuperado a partir de https://ciberindex.com/c/t/t11229
- Herrera Rodríguez, F., Lasarte Calderay, J. E. y Siles González, J. (1996). Colegiación y profesionalización de la enfermería. En F. Hernández Martín (Coord.), Historia de la Enfermería en España. (Desde la antigüedad hasta nuestros días) (pp. 269-283). Madrid: Síntesis.
- Linares Abad, M. (2010). Libro de Registro de Títulos de Matronas, Libro de Actas y Legajos de Hacienda. Fuentes fundamentales para la investigación de género

en las profesiones sanitarias. En C. González Canalejo y F. Martínez López (Eds.), La Transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia (pp. 469-481). Granada: Comares.

- Linares Abad, M. y Moral Gutiérrez, I. (2007). Las matronas de Jaén a través del análisis del Libro de Actas del Consejo provincial (1964-1978). Matronas Profesión, 8(3-4), 17-21.
- Loring, T. (s. f.). Promoción político-social de la mujer durante los años de mandato de Franco. Separata de la obra El Legado de Franco.
- Montesinos Vicente, F. (2011). Practicantes, Matronas y Cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932) (Tesis doctoral). Universitat de Girona.
- Ortego Maté, M. C. (2002a). De ATS a Diplomado en Enfermería (1953- 2002). Revista Rol de Enfermería, 25(9), 576-581.
- Ortego Maté, M. C. (2002b). De practicante a ATS. Revista Rol de Enfermería, 25(12), 808-814.
- Ortiz Gómez, T. (1999). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX. Arenal. Revista de historia de las mujeres, 6(1), 55-79.
- Pedraz Marcos, A., Ramírez Schacke, M., Oter Quintana, C., Palmar Santos, A. y Martín Robledo, E. (2007). La visitadora sanitaria. Órgano oficial de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias. Temperamentvm, 3(6). Recuperado de http://www.index-f.com/temperamentum/revista.php
- Pérez de Cieza. (1927). El reconocimiento de la enfermera profesional olvida su verdadero fin y origina grave perjuicio a la clase de Practicantes. El Practicante Toledano, 7(70), 9, 11
- Pinar García, M. E. y Hernández Martín, F. (1994). Orígenes "modernos" de la enfermería española: ¿practicantes y enfermeras, una misma profesión? Jano, 47(1098), 69-72.
- Plata Quintanilla, R. M. (2019). Constitución del Consejo Nacional de Colegios de Matronas (1952). Matronas hoy, 7(2), 36-42.
- Ruiz-Berdún, M. D. (2011). Los antecedentes de la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid. Cultura de los Cuidados, 15(31), 69-76. doi: 10.7184/cuid.2011.31.09
- Ruiz-Berdún, M. D. (2012). Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil (Tesis doctoral inédita). Universidad de Alcalá.
- Ruiz-Berdún, [M.] D. (2013). Pilar Primo de Rivera y la reorganización de las carreras auxiliares sanitarias tras la Guerra Civil. En A. González Bueno y A. Baratas Díaz

(Eds.), La tutela imperfecta. Biología y Farmacia en la España del primer franquismo (pp. 81-100). Madrid: CSIC.

- Ruiz-Berdún, D. y Gomis, A. (2012). La depuración de las matronas de Madrid tras la Guerra Civil. Dynamis, 32(2), 439-465. Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/262890/350384
- Siles González, J. (1994). Evolución histórica del corporativismo en enfermería. La influencia de los Colegios en el proceso de socialización profesional. Index de Enfermería, 3(10), 11-15.
- Siles González, J. (1998). Corporativismo femenino durante las tres primeras décadas del siglo XX: el primer colegio profesional femenino. El caso de las matronas de Alicante. En S. Castillo y J. M. Ortiz de Ortuño (Coords.), Estado, protesta y movimientos sociales. Actas del III Congreso de Historia Social de España (pp. 411-422). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Siles González, J. (2023). Historia cultural de los cuidados. Madrid: Universitas.
- Suárez Fernández, L. (1993). Crónica de la Sección Femenina y su tiempo (2ª ed.). Madrid: Asociación Nueva Andadura.
- Tarradellas, J. (2008). Cròmica de la Guerra Civil a Catalunya (Vol. 1). Barcelona: Dau.
- Torres Díaz, A. (2014). Las matronas en Málaga y provincia (1900-1956). Estudio cualitativo en perspectiva historiográfica y de género (Tesis doctoral). Recuperada de http://hdl.handle.net/10630/7712

La enfermería como capítulo de la historia del trabajo

Alba Masramon Cruzate
Universidad de Barcelona

Introducción

La historia de la enfermería ha recibido escasa atención por parte de la historiografía tradicional por dos motivos principales. En primer lugar, por tratarse de una historia protagonizada fundamentalmente por mujeres y, durante gran parte del devenir histórico, por mujeres con escasa formación, procedentes de los márgenes de la sociedad y, a menudo, vinculadas a instituciones de beneficencia. No ha sido hasta épocas muy recientes cuando la labor de la enfermería ha alcanzado un mayor nivel de formación y reconocimiento social. El segundo motivo del abandono historiográfico radica en su consideración como un trabajo no productivo. Bajo la ética capitalista, que ha tendido a negar el valor de los trabajos reproductivos y de cuidados, no resulta sorprendente que la historiografía haya tendido a olvidar la enfermería y su trayectoria histórica, mostrando mayor interés por otros sectores laborales —principalmente masculinos y vinculados a los procesos de industrialización de las sociedades occidentales. En cambio, para las propias enfermeras, la recuperación de la historia de su colectivo profesional ha sido fundamental para comprender parte de las problemáticas laborales que aún persisten en la actualidad.

Es objetivo de esta ponencia realizar un repaso historiográfico de la historia social de la enfermería en ámbito internacional y finalmente, proponer el acercamiento a la historia de la enfermería desde la consideración que las enfermeras también al mundo de las clases trabajadoras.

Recopilación historiográfica: ámbito internacional

En sus inicios, la historia de la enfermería se centró en los relatos biográficos y en las trayectorias individuales de las enfermeras, destacando las grandes guerras y los hitos más relevantes como una forma de reivindicar la profesión[49], una historia que, todavía no se ha superado y goza hoy en día de un gran éxito editorial. Esta historiografía se ha caracterizado por adoptar un enfoque que recopila hechos históricos a lo largo de cronologías muy amplias, lo que Celia Davies ha denominado «broad-brush historiography»[51]. Se trataba de una aproximación orientada especialmente a la formación de las propias enfermeras o a ofrecer un relato de continuidad de las prácticas de cuidado[52], que, si bien son tan antiguas como la propia humanidad, no pueden explicarse desde una perspectiva teleológica.

La evolución de los cuidados ha estado condicionada por cada contexto histórico específico y, en ningún caso, puede interpretarse desde un enfoque determinista que suponga que los acontecimientos del pasado estaban necesariamente orientados a la asunción del estatus profesional actual. A partir de la década de 1970, coincidiendo con el desarrollo de la teoría feminista, las primeras obras de historia de la enfermería respondieron a inquietudes relacionadas con el origen del patriarcado y a la denuncia de las prácticas médicas discriminatorias hacia las enfermeras[53]. Asimismo, el creciente interés por la historia social de la enfermería se produjo en paralelo con el auge de la historia de las mujeres y de la historia social[54]. Gracias a la consolidación de estas dos corrientes historiográficas, en la década de 1980 la historia de la enfermería se convirtió en un objeto de estudio en auge, lo que permitió interrogar la profesión desde una lógica más social y colectiva, y menos hagiográfica o centrada en relatos individuales. La publicación de Rewriting Nursing History (1980), de Celia Davies, marcó el inicio de esta nueva etapa en la historiografía de la enfermería. Esta socióloga británica, a partir de una profunda crítica a la historiografía precedente, impulsó lo que podemos denominar la Nueva Historia Social de la Enfermería. El objetivo principal de esta generación de inves-

51. (Davies, 1980, p. 11).
52. (Valls, 2006; Martínez Martín i Chamorro Rebollo, 2023).
53. (Ehrenreich i English, 1973; Mendelsohn, 1981).
54. (Delphy, 1970; Donahue, 1999; Sweet, 2007).

tigadoras e investigadores fue elevar la disciplina al rango académico, dotándola de un cuerpo teórico propio que se fue construyendo a partir de dos elementos fundamentales: por un lado, la búsqueda y sistematización de fuentes sobre la enfermería y, por otro, la adopción de una triple perspectiva analítica centrada en el género, la raza y la clase[55]. Esta obra, profundamente influenciada por el legado historiográfico de E. P. Thompson, contribuyó a consolidar una visión crítica frente a la que hasta entonces habían adoptado las historias de las profesiones[56]. En este sentido, la historia desde abajo tuvo un gran impacto en el análisis de la historiografía de la enfermería en la Gran Bretaña:

> *A new history of nursing is required to reconstruct the history of different ways of being nurse: why the job, the background, and perspectives of those doing it have changed -or remained relatively constant. In short, history from below, rather than from above. It is time to put nurses into nursing history. The whole idea of a separate nursing history itself ideologically loaded. It was born of the nursing reform movement itself, which sought to convince the world that nursing was a special occupation and, implicitly seeks to stake out the social distance between nurses with other kind of health workers and the working class in general. Since I reject the worldview which tries to place nurses on pedestals, I reject also the idea of separate history of nursing, simply regarding it as one chapter in the history of labour*[57].

Al mismo tiempo, empezó a valorarse la relación que tuvo el tránsito del hospital medieval al hospital moderno con la aparición de la enfermera hospitalaria[58]. También la nueva organización social del trabajo en hospitales y clínicas, el desarrollo urbano y la transformación de las ciudades tuvieron enormes consecuencias en el significado histórico de las enfermeras de las sociedades contemporáneas[59]. Se inició así un periodo en el que la atención se centró en los procesos de formación en enfermería, la movilidad ocupacional, las trayectorias profesionales, las condiciones matrimoniales y los salarios, todo ello analizado desde una perspectiva de-

55. (Davies, 1980; Melosh, 1982a; Vicinus, 1985; Reverby, 1988; Hine, 1989; Sweet i Hawkins, 2015).
56. (Thompson, 1968).
57. (Carpenter, 1980, 125).
58. (Vogel, 1980).
59. (Maggs, 1985; Rafferty, Webster i Dingwall, 1988; Elna C. Green, 2005).

mográfica y social[60].

En los años 80, se llevó a cabo un análisis crítico del legado de Florence Nightingale, que estaba basado en modelos tradicionales de división del trabajo en el ámbito familiar. En efecto, la célebre obra Notes on Nursing, de Florence Nightingale, tenía como público principal a las amas de casa: no se trataba de un manual profesional, sino de un conjunto de consejos y advertencias para el cuidado de los enfermos, también en el entorno doméstico. En última instancia, el modelo de enfermería se sustentaba en concepciones tradicionales de la división del trabajo, en una estructura autoritaria y en un fuerte vínculo entre las creencias morales y las teorías médicas. Al igual que otras reformadoras sociales, Florence Nightingale consideraba que la labor de la enfermera se basaba en los deberes y obligaciones propios de las mujeres, sin estimar necesario el ejercicio autónomo de la profesión. Al mismo tiempo, la reforma de la enfermería tenía como objetivo desplazar a las mujeres de clases trabajadoras en busca de la contratación de mujeres de clase media: «*They struggled to establish nursing as a respectable work for middle class women, recruiting among them to replace the socially marginal women who had traditionally done this job*»[61].

El modelo nightingaleano no cuestionaba el modelo hospitalario patriarcal, ponía un fuerte énfasis en la disciplina y el autosacrificio, lo que se traducía en jornadas laborales extensas y exigentes en numerosas escuelas de enfermería[62]. La reciente revisión historiográfica de la mano de Ana Choperena da cuenta de ello[63]. En el caso español, los actores implicados en la creación y desarrollo de las distintas escuelas de enfermería procedían, en gran medida, de los sectores médicos vinculados al reformismo social, catolicismo social, regeneracionismo y para el caso catalán al regionalismo catalanista. En cierta medida, también contribuyeron a este discurso elitista que separaba a las enfermeras de las clases trabajadoras.

Tras la renovación historiográfica iniciada por Celia Davies (1980) se ha producido relativamente poco refinamiento teórico y conceptual. No obstante, los movimientos feministas han ejercido una influencia notable sobre la perspectiva desde

60. (Vicinus, 1985, 1985; Reverby, 1988; Chevandier, 2011).
61. (Melosh, 1982a, p. 3-4)
62. (Olson, 1993).
63. (Choperena, 2023).

la cual se aborda la historia de la enfermería. La primera ola del feminismo coincidió con la etapa de las hagiografías sobre enfermería, en la que las mujeres eran presentadas como "*self-sacrificing heroines*" y se celebraba la enfermería como un símbolo de progreso. La segunda ola del feminismo, fuertemente influenciada por el concepto de alteridad de Simone de Beauvoir, reemplazó las historias heroicas por un análisis centrado en la opresión patriarcal. A partir de entonces, los temas de interés se centraron fundamentalmente en el análisis de la construcción del mito de la superioridad masculina, responsable, a su vez, de la diferencia salarial que afectaba a las enfermeras frente a sus colegas masculinos que ejercían también profesiones sanitarias[64]. Finalmente, la tercera ola del feminismo concibió la opresión femenina como resultado de un entramado extremadamente complejo de diferencias no eran solo sexuales, sino también de raza, clase y género.

¿Integrar la enfermería en la historia del trabajo?

Los intereses de la historia del social del trabajo han radicado en el cuestionamiento de los discursos tradicionales sobre el papel de las mujeres en la historia. En este sentido, ha contribuido a entender la construcción histórica de la división sexual del trabajo, elaborada a través de discursos, leyes y prácticas sociales[65]. El ideal de domesticidad ha configurado los trabajos femeninos y ha establecido los límites de la emancipación femenina. El desarrollo de la historia de la enfermería no podría entenderse sin estos los condicionantes ideológicos, económicos, demográficos y producidos en el siglo XIX y XX[66]. Por otro lado, la visibilización de trabajo reproductivo y de cuidados, como núcleo del análisis del trabajo de las mujeres, ayuda ubicar a la enfermería como actividad económica y no extraeconómica o reproductiva[67]. Es por esto que este marco teórico abre la posibilidad de realizar nuevas preguntas de investigación relacionadas con la historia de la enfermería: sus condiciones laborales, el ejercicio de la enfermería antes y después de su profesionalización, el estudio de los salarios, la división sexual del mercado de salud[68] o la dimensión de la familia.

64. (Ehrenreich i English, 1973; Mendelsohn, 1981).
65. (Nash, 1993; Scott, 1993)
66. (Tilly i Scott, 1989; Simonton, 1998)
67. (Carrasco, Borderías i Torns, 2019)
68. (Borderías, 2008)

Referencias bibliográficas

- Beltrán, R. (2016) Historia de la enfermería: de las grandes guerras a los grandes logros. Barcelona: Penguim Random House.
- Bingham, S. (1979) Ministering Angels. Oradell: Medical Economics Company.
- Borderías, C. (2008) «El papel de las instituciones en la segmentación sexual de los mercados de trabajo en España (1836-1936)», Revista de Trabajo, 4(6), p. 15-35.
- Breckinridge, M. (1981) Wide Neighborhoods: A Story of the Frontier Nursing Service. Lexington: University Press of Kentucky.
- Carpenter, M. (1980) «Asylum Nursing before 1914. A chapter in the History of Labour», Rewriting nursing history. London: Croom Helm.
- Carrasco, C., Borderías, C. i Torns, T. (2019) El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata.
- Chevandier, C. (2011) Infirmières parisiennes. 1900-1950. Émergence d'une profession. Paris: Publications de la Sorbonne.
- Choperena, A. (2023) El legado de Florence Nightingale para nuestro tiempo: nuevas perspectivas. Pamplona: EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Davies, C. (1980) Rewriting nursing history. London: Croom Helm.
- Delphy, C. (1970) Close to home: A materialist analysis of women's oppression. Amherst: University of Massachussets Press.
- Donahue, P. (1999) Historia de la enfermería. Madrid: Doyma.
- Ehrenreich, B. i English, D. (1973) Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness. New York: Feminist Press at the University of New York.
- Elna C. Green (2005) «Gendering the City, Gendering the Welfare State: The Nurses' Settlement of Richmond, 1900--1930», Virginia Magazine of History and Biography, 113, p. 276-311.
- Hine, D.C. (1989) Black Women in White: Racial Conflict and Cooperation in the Nursing Profession, 1890-1950. Indiana: Indiana University Press.
- Ibáñez, V. i Navarro, O. (2021) Enfermeras invisibles: inventoras, invencibles, increibles. València: Editorial B.
- — (2024) Enfermeras invisibles de Iberoamérica y Caribe. Nuevas competencias de las enfermeras del siglo XXI. València: Tirant humanidades.
- Maggs, C. (1985) The Origins of General Nursing. London: Croom Helm.
- Martínez Martín, M.L. i Chamorro Rebollo, E. (2023) Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Cuarta edición. Barcelona: Elsevier.

- Melosh, B. (1982) The physician's hand: Work, culture and conflict in American nursing. Philadelphia: Temple University Press.
- Mendelsohn, R.S. (1981) Malepractice: How Doctors Manipulate Women. cHICAGO: Contemporary Books.
- Nash, M. (1993) «Identidad cultural de género, discurso de la domesticidad y la definición de trabajo de las mujeres en la España del siglo XIX», Historia de las mujeres en Occidente. Madrid: Taurus, p. 585-598.
- Olson, T. (1993) «Apprenticeship and Exploitation: An Analysis of the Work Pattern of Nurses in Training, 1897–1937», Social science history, 17(4), p. 559-576.
- Rafferty, A.M., Webster, C. i Dingwall, R. (1988) An introduction to the Social History of Nursing. London: Routledge.
- Reverby, S. (1988) Ordered to Care. The dilemma of American nursing 1850-1945. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scott, J.W. (1993) «La mujer trabajadora en el siglo XIX», Historia de las mujeres en Occidente. Madrid: Taurus, p. 405-436.
- Simonton, D. (1998) A History of European Women's Work: 1700 to the Present. London: Routledge.
- Sweet, H. (2007) «Establishing Connections, Restoring Relationships: Exploring the Historiography of Nursing in Britain», Gender and History, 19(3), p. 565-580.
- Sweet, H. i Hawkins, S. (2015) «Introduction: contextualising colonial and post-colonial nursing», Colonial caring: A history of colonial and post-colonial nursing. Manchester: Manchester University Press, p. 1-17.
- Thompson, E.P. (1968) The Making of the English Working Class. Harmondsworth: Penguin Books.
- Tilly, Louise. i Scott, J.Wallach. (1989) Women, work, and family, Women, work, and family. New York ; Routledge.
- Valls, R. (2006) Història de la professió d'infermeria. Barcelona: Universitat de Barcelona (Textos docents).
- Vicinus, M. (1985) Independent Women. Work and Community for Single Women. 1850-1920. London: Virago.
- Vogel, M.J. (1980) The Invention of Modern Hospital: Boston 1870-1930. Chicago: University of Chicago Press.

Los enfermeros en Castilla-La Mancha en tiempos de guerra y represión (1936-1945)

Helena García-Gómez
Servicio Madrileño de Salud y Universidad San Pablo CEU

Introducción

Las palabras enfermería y mujer a priori parecen estar indexadas a lo largo de la historia. Los roles sociales de género, las prácticas discriminatorias y la marcada segmentación según el sexo han llevado a una atención enfermera feminizada, sin embargo, los hombres también han participado en la prestación de los cuidados y también han sufrido el proceso de profesionalización (O'Lynn, 2007).

Si nos centramos en un período histórico concreto como es la Guerra Civil española (1936-1939) (GCE), ésta trastocó el desarrollo ordinario de España. En este nuevo escenario, la cifra de heridos a partir de julio de 1936 aumentó significativamente lo que propició una mayor demanda de auxilio sanitario reflejada en un aumento de recursos asistenciales y humanos (Dios Aguado et al., 2020).

Castilla-La Mancha[69] es el territorio foco del estudio debido a su papel en la GCE. La región adoptó una actitud cautelosa y silente. A excepción de algunos territorios de Toledo y Guadalajara, durante el transcurso bélico el territorio castellanomanchego se mantuvo fiel a la Segunda República española y quedó instalado en una amplia retaguardia republicana. Esta situación impulsó la creación de una

69. Geográficamente se ha empleado la división territorial actual respecto a la historiográfica, pues hasta 1982 y la reconstitución territorial la región era designada como Castila-La Nueva y estaba compuesta por Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Madrid y Toledo (BNE, Mapa de Castilla-La Nueva 1837, s.f).

amplia red asistencial encargada de atender a la población civil y militar durante la contienda.

Diversas obras hacen alusión a dicha eclosión. Los estudios de del Cerro Malagón (2011), Vázquez de la Torre-Escalera (2014) y Atenza et al. (2019) en Toledo; la amplia red desarrollada en Albacete y Cuenca gracias a las Brigadas Internacionales es recogida por autores como Requena Gallego (1998); Alía Miranda (1994) y Villasante Armas (2014) describen los hospitales de Ciudad Real y en Guadalajara, sin embargo, la información es más escasa y fragmentaria. Con motivo de dicha irrupción hospitalaria se movilizaron también los recursos humanos. Debido a la demanda sanitaria, la figura profesional de la enfermería comenzó a desdibujarse. La GCE motivó a muchas mujeres civiles a presentarse como voluntarias sin contar con la titulación ni la formación necesaria (Ruiz Berdún, 2013; López Vallecillo, 2021). No obstante, las mujeres no fueron las únicas que participaron en las labores de cuidado durante el contexto bélico, los hombres también intervinieron en el cuidado más técnico (Mirón González y López Vallecillo, 2025).

El objetivo de este trabajo es identificar los enfermeros en Castilla-La Mancha durante la Guerra Civil española (1936-1939) y la repercusión de su participación en el bando republicano durante la represión franquista. Concretamente mediante el reconocimiento del personal de enfermería que se encontraba trabajando en las instituciones asistenciales castellanomanchegas durante la GCE y que sufrieron posteriormente las consecuencias de la represión franquista.

Se trata de una investigación cualitativa donde las fuentes primarias han sido el eje principal, pues gracias a ellas se ha identificado las instituciones asistenciales y su personal[70]. Se ha realizado una revisión bibliográfica de recursos literarios y plataformas digitales para comprender el contexto histórico, pero sin duda las fuentes

70. Esta investigación forma parte de la tesis doctoral que se está realizando actualmente en la Universidad de Alicante bajo el título La represión franquista de enfermeras en Castilla-La Mancha durante la Guerra Civil española y el Primer Franquismo (1936-1959). Trabajo dirigido por María Eugenia Galiana Sánchez y Rubén Mirón González. Ha contado con financiación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (PID2019-104581GB-I00) y del Ministerio de la Presidencia y Memoria Democrática (171-MD-2023). La fase final de esta investigación es parte del proyecto de I+D+i CRISAHUMED (PID2024-156353NB-I00) financiado por MICI/AEI/1013039/501100011033.

archivísticas regionales y generales han sido clave para el estudio[71].

Desarrollo

La representación masculina ocupa un gran espacio dentro del escenario laboral sanitario, regido por el ideario patriarcal de la época y liderado por la clase médica. Se pueden localizar otras profesiones como veterinarios, farmacéuticos o incluso practicantes, todas ellas profesiones desarrolladas por el colectivo masculino. Sin embargo, si se realiza un análisis de esta variable en profesiones como la enfermería y su representación en la GCE cambia. Se trata de una actividad eminentemente femenina (Arroyo Rodríguez et al., 2011) cuyo origen radica en el cuidado y donde la sexualización de los roles estaba perpetrada (González Canalejo, 2014).

Recoger el número total de enfermeras en activo que participaron en la GCE en el bando republicano resulta complicado. Factores como la relegación historiográfica, la invisibilidad del bando, la difusión profesional o la dispersión de las fuentes hace que exista poca información. En el presente estudio la cifra ha sido de 192 los profesionales, 112 mujeres frente a 80 hombres destacando una mayor representación femenina, acorde con la naturaleza de la profesión (Burguete Ramos, 2010). Pese a ello la cifra de enfermeros identificados resulta significativa, constituyendo el 41,6% del total de la muestra.

Características del personal enfermero

El perfil enfermero ha sido descrito en varias ocasiones, de manera generalizada (Domínguez Isabel et al., 2019) o con dependencia del bando, nacional (López Vallecillo, 2016 y 2021) o republicano (Ramió y Torres, 2015). En general se plasma como una mujer, joven y con escasa formación asistencial, pues las labores más extendidas hasta la fecha estaban ligadas al sector textil o doméstico (Escribano Ruiz, 2022). La destacada representación masculina ha permitido esbozar un perfil.

71. Se han consultado los siguientes archivos: Archivo de la Diputación Provincial de Albacete, Archivo de la Diputación Provincial de Cuenca, Archivo de la Diputación Provincial de Ciudad Real, Archivo de la Diputación Provincial de Guadalajara, Archivo de la Diputación Provincial de Toledo, Archivo General de la Administración, Archivo General e Histórico de la Defensa, Archivo General Militar de Guadalajara, Archivo Histórico Provincial de Albacete, Archivo Histórico Provincial de Cuenca, Archivo Histórico Provincial de Ciudad Real, Archivo Histórico Provincial de Guadalajara, Archivo Histórico Provincial de Toledo y Centro Documental de la Memoria Histórica de Salamanca.

Se observa un predominio de enfermeros mayores de 30 años, casados, con afiliación político-sindical y participación simultánea en el ejército republicano, sin que haya sido identificada formación o estudios previos.

Consecuencias de la guerra

Tras la guerra, la prisión se configura como la principal medida represiva, identificada en 43 de los enfermeros (54%). Asimismo, la depuración profesional y el internamiento en los campos de concentración constituyen otras de las medidas habituales aplicadas durante el franquismo. La pena de muerte, asociada con delitos de sangre se caracteriza dentro del colectivo enfermero por ser una medida empleada únicamente hacia los hombres.

Conclusiones

Pese al carácter tradicionalmente femenino de la enfermería, existió una participación masculina significativa durante la GCE. Se observan diferencias en el perfil sociodemográfico según el género, destacando hombres con una mayor edad, vinculación político-sindical y participación militar.

Se constata el impacto de la represión franquista sobre el colectivo enfermero, siendo la prisión la principal medida punitiva, junto con la depuración profesional y el internamiento en campos de concentración. La pena de muerte se aplicó exclusivamente a los hombres.

Ante un colectivo eminentemente femenino, la investigación tiene que lidiar con la invisibilidad, la disgregación documental, la difusión profesional o la desigualdad de género acorde a la época de estudio. Desde una visión de género resulta significativa la cifra de hombres que desempeñaron la actividad enfermera durante la guerra. Todo esto lleva a sopesar la necesidad de profundizar en el retrato de la enfermería bélica, su perfil y sobre todo a rescatar numéricamente a aquellas personas que actuaron como enfermeros durante la contienda española.

Referencias bibliográficas

- Alía Miranda, F. (1994). La Guerra Civil en retaguardia: conflicto y revolución en la provincia de Ciudad Real. Ciudad Real: Diputación, Área de Cultura.
- Atenza Fernández, J., Mirón González, R., y Díaz Díaz, B. (2019). Asistencia sanitaria y salud pública en Talavera de la Reina durante la Guerra Civil (1936-1939). Asclepio: Revista de Historia de La Medicina y de La Ciencia, 71(2), 282.
- BNE, Mapa de Castilla-La Nueva 1837, s.f
- Burguete Ramos, M. D., Martínez Riera, J. R., y Martín González, G. (2010). Actitudes de género y estereotipos en enfermería. Cultura de Los Cuidados, 28, 39–48.
- Del Cerro Malagón, R. (2011). Toledo 1936-1939 la ciudad en la Guerra Civil. Archivo Secreto: Revista Cultural de Toledo, 5, 294–320.
- Dios Aguado, M., Gómez Cantarino, S., Domínguez Isabel, P., Rodrigues Fernandes Chaves, M., y Pina Queirós, P. J. (2020). Enfermería durante la guerra civil española y su posguerra (1936-1949): olvido e inhabilitación. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), 1–7. https://doi.org/10.12707/RV20019
- Domínguez Isabel, P., Espina Jerez, B., Gómez Cantarino, S., Elena Hernández, A., Dios Aguado, M. de, y Pina Queirós, P. J. (2019). Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico. Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 53, 77–86. https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.08
- González Canalejo, C. (2014). Los procesos de profesionalización de la enfermería española desde el punto de vista de género. En: R. Campos Marín, Á. L. González de Pablo, M. I. Porras Gallo, y L. E. Montiel Llorente (Eds.), Medicina y poder político: XVI Congreso de la sociedad Española de Historia de la Medicina (pp. 47–51).
- López Vallecillo, M. (2016). Relevancia de la mujer en el bando nacional de la Guerra Civil española: las enfermeras. Memoria y Civilización, 19, 419–439. https://doi.org/10.15581/001.19.419-439
- López Vallecillo, M. (2021). Enfermeras: mujeres protagonistas en los conflictos bélicos de la primera mitad del siglo X X en España (Pamplona). EUNSA.
- Mirón González, R., y López Vallecillo, M. (2025). Hacia una historia de los cuidados transnacionales en contextos de guerra en la primera mitad del siglo XX. En R. Mirón González y M. López Vallecillo (Coords). Enfermería y cuidados

transnacionales en contextos de guerra (pp. 23-47). Madrid: Catarata.

- O'Lynn, C.E. (2007). History of men in nursing: a review. En C. O'Lynn y R. Tranbarger (Eds.), Men in nursing: history, challenges and opportunities (pp. 5-42). Nueva York.
- Ramió Valls, R., y Torres, C. (2015). Necesidades sanitarias durante la guerra. En A. Ramió Jofre y C. Torres Penella (Eds.), Enfermeras de guerra (pp. 49–64). Barcelona: San Juan de Dios-Campus Docent.
- Requena Gallego, M., y Espadas Burgos, M. (1998). La Guerra Civil Española y las Brigadas Internacionales. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Ruiz Berdún, M. D. (2013). Pilar Primo de Rivera y la reorganización de las carreras auxiliares sanitarias tras la Guerra Civil. En A. González Bueno y L. A. Baratas Díaz (coords.), La tutela imperfecta. Biología y farmacia en la España del primer franquismo (pp. 81-100). Madrid.
- Vázquez de la Torre Escalera, P. (2014). Vicisitudes del manicomio de Toledo durante la Guerra Civil Española (1936-1939). Norte de Salud Mental, 12(50), 116–123.
- Villasante Armas, O. (2014). De Convento de Dominicos a Nosocomio y Frenocomio de guerra el hospital subalterno de Almagro (1937-1939). Cuaderno de Estudios Manchegos, 39, 71–120.

Trayectoria académica y profesional de un joven practicante durante la guerra civil española y su posterior exilio en Francia

Alexandre Sierra Oliva
Doctorando Historia de la Ciencia, Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital Vall d'Hebron (VHIO), Barcelona

Introducción

En el Pabelló de la República de la Universitat de Barcelona se encuentra el fondo personal Vinyes Espín, perteneciente a Joaquim Viñas (o Vinyes) Espín (Barcelona, 1909-Décines, 1997), quien fue un médico catalán que participó en la Guerra Civil española (GC) como Capitán de Sanidad de la 27ª División del XVIII Cuerpo de Ejército. Joaquim Viñas, después de realizar la Retirada con los restos del ejército republicano y cruzar la frontera por los Pirineos, fue recluido en los campos de concentración de las playas del Rosellón, es decir, Saint-Cyprien, Argelès-sur-Mer i Le Barcarès. Su pasión por la investigación científica le condujo a elaborar un ensayo clínico sobre la avitaminosis de los refugiados en los campos, que le llevaría a ganar el Premio Pourat por l'Académie de Médecine de París, dotado con 1.350 francos (Martínez-Vidal, 2013)[72].

Joaquim Viñas, además de médico e investigador era un activista político. De joven, militaba en la Unión Socialista de Catalunya y posteriormente fue miembro del PSUC. Finalizada la Segunda Guerra Mundial, su activismo continuó hasta los

72. En el fondo personal Vinyes Espín del archivo del Pabellón de la República de la Universitat de Barcelona se puede encontrar un pequeño libro, sobre este estudio, editado por la Librairie Maloine de París, titulado: Contribution à la connaissance de l'avitaminose C chez l'homme.

últimos días de su vida en forma de escritura, desde el interminable exilio en Décines, una pequeña localidad cerca de Lyon. Publicó decenas de artículos en periódicos como Le Monde o l'Avui. Además, escribió y editó una singular revista trimestral titulada La veu de l'exili català i republicà (1981-1997).

Con el objetivo de dar a conocer a las nuevas generaciones de catalanes lo que significó la GC y el exilio en forma de reclusión, Joaquim publicó, entre los números 26 y 46 de su revista, las memorias que su hermano Santiago (Barcelona, 1920 – Viroflay, París, 2004) había escrito en 1980 para sus familiares más cercanos. Estas memorias, cuyo título es «Memòries d'un català parisenc» son la fuente principal de la investigación[73].

Trayectoria académica de Santiago Viñas Espín

Santiago Viñas Espín nació en Barcelona en febrero de 1920[74]. Era hijo de Joaquim Viñas Olivella y Cándida Espín Ferrer[75]. Tenía dos hermanos, Joaquim y Carolina. Vivían en la calle Trafalgar 35, entre los barrios de l'Eixample y Ciutat Vella. Realizó sus estudios de Bachiller en el Instituto Balmes —situado entonces en el pabellón Josep Carner, del edificio histórico de la Universidad de Barcelona— finalizándolos en junio de 1936 con notas excelentes[76]. En setiembre de 1936, con la guerra iniciada, se matriculó en la Escuela Industrial de Barcelona para cursar los estudios superiores de Ingeniería Química. No obstante, se matriculó también en los estudios de practicante —probablemente convencido por su hermano Joaquim que, desde el frente de Aragón, auguraba que la guerra se alargaría y esta titulación, junto con la escasez de personal sanitario, podría prevenir que su hermano menor

73. Este trabajo forma parte de una tesis doctoral titulada La veu d'un infermer a l'exili. Santiago Viñas Espín (1920-2004), dentro del Programa de Doctorado de Historia de la Ciencia de la Universitat Autònoma de Barcelona. Dirigida por Jon Arrizabalaga y Àlvar Martínez Vidal, se enmarca en el Proyecto de Investigación PID2024-156353NB-I00: «Crisis humanitarias, medicina y salud en tiempos de guerra y posguerra (1868-1956). Prácticas, experiencias, tecnologías», liderado por Francisco Javier Martínez Antonio desde la Universidad de Zaragoza y Jon Arrizabalaga (IMF-CSIC) como co-investigador. Los archivos principales consultados son: el archivo del Pabelló de la República, el Arxiu Nacional de Catalunya, los Archives Départementales des Pyrénées-Prientales, el Arxiu històric de la Universitat de Barcelona, el Arxiu Municipal Contemporani de Barcelona, el Centro Documental de la Memoria Histórica, de Salamanca y los Archives de la Préfecture de Police, de París.
74. Arxiu Municipal Contemporani de Barcelona (AMCB, 1-001-A168-V239).
75. Expediente académico Joaquim Viñas Espín. Arxiu Històric de la Universitat de Barcelona (ES-CAT-UB-01-6092, 1926)
76. Notas de exámenes de Santiago Viñas Espín, Instituto Balmes. Arxiu Nacional de Catalunya (ANC1-1134 T467; ANC1-1134 T477).

entrara en combate armado—.

La profesión de practicante era entonces una de las denominadas "profesiones auxiliares del médico" que configurarían la enfermería moderna. La presencia de los practicantes en la geografía española era heterogénea. En regiones como Aragón la figura del practicante estaba muy arraigada mientras que en Cataluña la demanda y tradición del practicante era escasa (Montesinos Vicente, 2011). Parte de los programas de estudios de practicante y enfermería eran compartidos. No obstante, los roles y las funciones estaban diferenciados por una cuestión de sexo. Los cuidados estaban más asociados a las enfermeras, mientras que los practicantes se encargaban de la parte más técnica (Blázquez Ornat, 2017; Montesinos Vicente, 2011).

Tal y como apunta Mary Nash (2006), durante los años treinta del siglo XX, el rol de la mujer seguía centrado en la esfera privada y en el mantenimiento de la familia, marcado por el discurso de la domesticidad. Sin embargo, en regiones como Catalunya o Euskadi, la incorporación de la mujer en el mundo laboral y en la esfera pública estaba cada vez más extendida. Por ello, y por la falta de personal sanitario cualificado, la presencia de las mujeres en las profesiones "auxiliares del médico" estaba vista con buenos ojos por parte de la sociedad como por la clase médica. El número de alumnas en los estudios de enfermería, matrona y practicante crecía sin cesar. De hecho, las Actas de Exámenes de la Universitat de Barcelona, entre 1930 y 1936, donde constan el registro de alumnos de medicina, practicante, comadrona y enfermera (por este orden) y sus notas, muestran un claro proceso de feminización en los estudios de practicante hasta el punto de que, en el año 1936, el número de practicantes mujeres fue superior al de los hombres[77].

Santiago Viñas narra que —probablemente, debido a los efectos de la guerra— realizó la parte teórica de los estudios de practicante en el Ateneo Barcelonés. Las prácticas, en cambio, las realizó en el Hospital Clínic de Barcelona. Es significativo que, en las memorias, única y exclusivamente aparecen las enfermeras como las personas encargadas de supervisar técnicas o funciones, como la preparación y administración de fármacos, especialmente mórficos, por vía endovenosa, intramuscular y subcutánea (Viñas Espín, 1986, p. 6). Precisamente, las enfermeras del

77. Arxiu Històric de la Universitat de Barcelona, UB-ES-CAT-02-5381:01.

Hospital Clínic de Barcelona provenían de la Escola d'Infermeres de la Generalitat y desempeñaron un papel crucial en la asistencia a los centenares de heridos, que se acumulaban en las urgencias del hospital, provocados por el levantamiento militar de julio de 1936. El reconocimiento hacia esas enfermeras pervive en un artículo publicado en La Vanguardia titulado: "La labor de los médicos y enfermeras"[78], así como en las memorias del cirujano catalán Moisès Broggi, quien define esa experiencia de aquellos días como "dantesca" y, a su vez, "muy cercana a la que se viviría próximamente en los hospitales de sangre" (Broggi i Vallès, 2001, p. 128). Ese fue, pues, el contexto en el que se formó, como practicante, el joven Santiago Viñas Espín.

Ejercicio profesional en el frente de guerra y en los campos de concentración

En mayo de 1938, con dieciocho años y los dos cursos de practicante terminados, Santiago fue movilizado con la famosa Quinta del biberón[79] a Balaguer (Lleida), donde se encontraba su hermano como Capitán de Sanidad de la 27ª División. Nada más encontrarse, Joaquim acompañó a Santiago a su destino: la Brigada 122, en la primera línea del frente. A partir de entonces, quedó alejado de su hermano y bajo las órdenes del jefe de Sanidad de la brigada, un dentista sevillano de quien solo recuerda el apellido: Villar. Pocos días después, Santiago pondría en práctica los aprendizajes recibidos, por parte de las enfermeras del Hospital Clínic, en la batalla de "El Merengue" (Balaguer) y en la batalla del Ebro, entre Camposines (Tarragona) y Corbera d'Ebre (Tarragona).

En diciembre de 1938, Santiago iniciaría una larga retirada en dirección a Francia. Cruzó la frontera por la Jonquera el día 9 de febrero de 1939. En territorio galo, Santiago fue internado en los campos de concentración de las playas del Rosellón —Saint-Cyprien, Argelès-sur-Mer i Le Barcarès—, junto a miles de refugiados, en condiciones infrahumanas.

Durante todo el periodo de guerra y reclusión Santiago describe sus funciones como practicante asistiendo a heridos y enfermos, tanto civiles como militares.

78, La Vanguardia, 24 de julio de 1936.

79. Término utilizado por Frederica Montseny quien, al saber que los jóvenes movilizados tenían 17 años, dijo: "¿…17? Pero si todavía estarán tomando biberón" (Caralt Giménez, 2017, p. 23).

Respecto a los heridos de guerra —por heridas de bala, de obús como también por atropello de tanques—, destaca, entre las funciones más importantes, el triaje, o la clasificación de heridos, los registros en la ficha técnica previo al envío de los heridos a los hospitales de sangre, la administración inyectable de sueros y vacunas, la desinfección y cura de heridas y los vendajes.

Además, tanto en el período de guerra, en la retirada como en los campos de concentración asistió a centenares de enfermos. Muchos de ellos presentaban afecciones causadas por las condiciones de miseria e insalubridad en las que se encontraban como podía ser el paludismo —en forma de epidemia—, la sarna, la disentería, la diarrea, la deshidratación, la desnutrición, las neumonías, la fiebre tifoidea o la avitaminosis, entre otras. Al respecto de la avitaminosis, como hemos indicado en las líneas anteriores, Joaquim Viñas Espín llevó a cabo un ensayo clínico donde relacionó unos fuertes dolores en las tibias con la carencia de vitamina "C". En este ensayo, Santiago Viñas Espín tuvo un papel activo en la administración de las vitaminas, en la elaboración de las historias clínicas y en la observación e identificación de la relación de los efectos de los fármacos con la mejora de la sintomatología de los refugiados participantes.

Por otro lado, Santiago hace hincapié en una de las afecciones más frecuentes en estos campos: la arenitis. Es decir, la depresión provocada por la situación desesperante y de deshumanización constante que se vivía sobre la arena de aquellos campos. El mantenimiento de la moral, tanto durante la guerra como en el exilio, era una prioridad[80] y Santiago contribuyó al respecto dando charlas, escribiendo en el periódico mural, alfabetizando a los soldados y realizando lecturas en comunidad.

Conclusiones

La reciente historiografía sobre el rol de las enfermeras que ejercieron durante la GC muestra que todas aquellas funciones o actuaciones realizadas por Santiago Viñas Espín, consideradas más técnicas y asociadas al rol del practicante, fueron también prestadas por las enfermeras, tanto en los hospitales de sangre como en la retaguardia (Valls Molins, 2006). Por otro lado, aquellas funciones político cultura-

80. El propio Joaquín D'Harcourt, coronel médico del ejército republicano, declaró que las manifestaciones neuróticas y mentales entre los refugiados eran potencialmente un peligro mayor que las afecciones físicas. (Stein, 1983, p. 84).

les o con el objetivo de prevenir o revertir estados de tristeza o de depresión —identificadas por Florence Nightingale como funciones enfermeras (Nightingale, 2008, pp.54-60)—, como podían ser la realización de charlas, la escritura en los periódicos murales o las lecturas en comunidad, fueron realizadas por numerosas enfermeras, tanto españolas como de las Brigadas Internacionales (Sadurní Bassols, 2022, pp. 208-225) y también por el propio Santiago Viñas Espín. Este hecho nos conduce a identificar un espacio fronterizo en el cual las funciones entre practicantes y enfermeras, en el contexto de la GC, era compartido. El análisis de las memorias Santiago Viñas Espín, desde una perspectiva de género y desde una perspectiva enfermera, invita a reflexionar sobre la cuestión planteada el año 1986 por Carmen Domínguez Alcón (p. 103) sobre si las profesiones de enfermera y practicante son distintas profesiones o, en cambio, son la misma profesión con distinta denominación.

Por último, las «*Memòries d'un català parisenc*» nos permiten evidenciar el papel de la enfermería en la producción científica y situar a enfermeras y enfermeros en espacios tradicionalmente ocupados por los y las profesionales de la medicina, como es el desarrollo y ejecución de los ensayos clínicos (Sierra Oliva, 2015, p.115).

Referencias bibliográficas

- Blázquez Ornat, Isabel (2017), El practicante: el nacimiento de una nueva profesión sanitaria en España. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Broggi i Vallès, Moisès (2001), Memòries d'un cirurgià (1908-1945), Barcelona, Edicions 62.
- Caralt Giménez, Andreu (2017), 3.669 Biberons. Agrupació de Supervivents de la Lleva del Biberó-41. Entitats Memorialistes de Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament d'Afers i Relacions Institucionals i Exteriors i Transparència.
- Domínguez Alcón, Carmen (1986), Los cuidados y la profesión enfermera en España, Madrid, Pirámide.
- López Vallecillo, María (2016), Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX, Valladolid: Universidad de Valladolid, tesis doctoral.
- Martínez Vidal, Àlvar (2013), «Metges catalans refugiats a França. Observació clínica i recerca científica als camps de concentració (1939-1942)», en: Barrié, Roger; Camiade, Martine; Font, Jordi (dir.), Déplacements forcés et exils en Europe au XXe siècle. Le corps et l'esprit. Perpinyà, Éditions Talaia, pp. 105-130.
- Montesinos Vicente, Fernando (2011), Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932), Girona: Universitat de Girona, tesis doctoral.
- Nash, Mary (2006), Rojas. Las mujeres republicanas de la Guerra Civil, Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Nightingale, Florence (2008), Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es, Elsevier Masson, Madrid.
- Sadurní Bassols, Cinta (2022), Infermeres de les Brigades Internacionals destinades a l'Hospital Internacional de Vic: humanisme i compromís polític (Abril 1938 – Gener 1939), Vic, Universitat de Vic, tesi doctoral.
- Sierra Oliva, Alexandre (2025), «Un joven practicante en la Guerra Civil española y el exilio en Francia. Santiago Viñas Espín (1936-1944)», en: Mirón-González, Rubén; López Vallecillo, María, Enfermería y cuidados transnacionales en contextos de guerra (1914-1945), Madrid: Catarata, pp. 103-125.
- Stein, Louis (1983), Más allá de la muerte y el exilio: los republicanos españoles en Francia, 1939-1955, Barcelona, Plaza i Janés, 1983.
- Valls Molins, Roser (coord.) (2008), Infermeres catalanes a la Guerra Civil espanyola, Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Viñas Espín, Santiago, «Memòries d'un català parisenc», La Veu de l'Exili Català i Republicà, 1986, 28, pp. 5-6.

Divulgación científica en Historia de la Enfermería: La escritura femenina como motor de desarrollo profesional y estrategias de publicación de alto impacto

Ana Choperena
Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra

Introducción

La divulgación científica en el ámbito de la Historia de la Enfermería constituye un reto y una responsabilidad ineludible para consolidar la identidad y el acervo cultural de la profesión. El presente trabajo expone el contenido del taller diseñado para el XIX Congreso de Historia de la Enfermería (Valladolid), cuyo objetivo principal es reflexionar sobre el papel de la escritura femenina como herramienta histórica de conocimiento y desarrollo profesional, así como compartir las estrategias metodológicas y discursivas necesarias para visibilizar esta área de conocimiento en revistas internacionales de alto impacto. La metodología empleada en este manuscrito parte de un enfoque autoetnográfico y de revisión retrospectiva de la propia trayectoria investigadora, iniciada en la etapa doctoral. A través del análisis de diversas publicaciones centradas en narrativas de enfermeras del siglo XIX, se examina cómo las mujeres utilizaron la escritura para negociar su entrada en la esfera pública y cómo, en la actualidad, los investigadores pueden emplear la divulgación científica rigurosa para posicionar la historia de la enfermería en el centro del debate académico global.

Desarrollo

La escritura femenina como herramienta de conocimiento y desarrollo profesional en enfermería

A lo largo del siglo XIX, en un contexto restrictivo que confinaba a las mujeres al ámbito doméstico, la escritura se erigió como un instrumento subversivo y fundamental para la profesionalización de la enfermería. El análisis de autoras pioneras demuestra que la redacción de memorias, ensayos y correspondencia no fue un mero ejercicio de desahogo, sino una reclamación activa de autoridad epistémica y profesional. En el contexto de la Guerra Civil Americana (1861-1865), las narrativas autobiográficas y triunfales de las enfermeras actuaron como catalizadores del cambio. Mujeres como Louisa May Alcott en Hospital Sketches lograron negociar entre la transgresión y la convención social, utilizando un estilo autorreferencial enmascarado para dar visibilidad a la dura labor de los cuidados (Choperena y Fairman, 2018). Del mismo modo, Mary Livermore en My Story of the War documentó un viaje personal que reflejaba la transición de los cuidados desde el reino doméstico hacia nuevas funciones profesionales y administrativas en el espacio público (Choperena, 2022). Estas autobiografías, escritas a menudo en entornos hostiles atravesados por tensiones de clase y raza, evidencian cómo el cuidado enfermero se transformó progresivamente hacia una dimensión intencional e institucional (Choperena, 2020). La obra de Jane Stuart Woolsey, Hospital Days, subraya también este aspecto, destacando cómo la formación y la imposición de orden en los hospitales militares sentaron las bases para la calidad del cuidado (Choperena, 2023). En el ámbito británico, la escritura de Florence Nightingale ilustra magistralmente el uso de la retórica para proyectar un futuro profesional. En Cassandra, Nightingale adopta la figura de la heroína griega para canalizar su frustración ante la ociosidad forzada de las mujeres victorianas, proyectando posibilidades de liberación que resuenan fuertemente con discursos feministas posteriores, como A Room of One's Own de Virginia Woolf (Choperena y La Rosa-Salas, 2022; Choperena y Díaz-Dorronsoro, 2024). Asimismo, la correspondencia privada, como la mantenida entre Nightingale y la médico Elizabeth Blackwell, revela cómo estas mentes epistolares compartieron y perfilaron sus visiones divergentes y convergentes

sobre la educación de las mujeres, la salud pública y el desarrollo profesional científico (Choperena y Díaz-Dorronsoro, 2025). En todos estos casos, la palabra escrita forjó la identidad enfermera.

Estrategias para la publicación en revistas internacionales de alto impacto

Trasladar este corpus de conocimiento histórico a revistas internacionales de alto impacto (tales como Journal of Advanced Nursing, Nursing Inquiry o Nurse Education in Practice) requiere de una planificación estratégica minuciosa. La primera estrategia clave es la trascendencia del marco teórico y analítico. Las revistas de primer cuartil buscan investigaciones que superen la mera descripción cronológica; exigen que la historia se analice bajo prismas teóricos sólidos, como la historia de las mujeres, el análisis de género o las teorías de profesionalización (Choperena, 2020). En segundo lugar, es vital conectar los hallazgos históricos con debates contemporáneos de la profesión. Demostrar cómo las raíces de la enfermería, exploradas en los textos de Alcott o Nightingale, siguen influyendo en la identidad profesional actual, en los modelos de liderazgo y en la educación en enfermería, aumenta exponencialmente el interés del artículo para un público global y multidisciplinar. La tercera estrategia implica una rigurosa adecuación metodológica y un dominio del género académico anglosajón, adaptando el discurso a los "Aims and Scope" específicos de cada revista. Por ejemplo, artículos con un enfoque filosófico o de crítica literario-feminista encajan excepcionalmente en Nursing Inquiry (Choperena y Díaz-Dorronsoro, 2024), mientras que aquellos que extraen lecciones sobre la formación y la profesionalización son idóneos para Nurse Education in Practice (Choperena, 2023). Finalmente, el proceso de peer review debe afrontarse como una oportunidad de diálogo constructivo. La persistencia, la capacidad para argumentar la relevancia del método histórico cualitativo y el trabajo en red (incluyendo colaboraciones internacionales e interdisciplinares) son elementos diferenciadores que marcan el éxito en el exigente ecosistema de las publicaciones de alto impacto.

Conclusiones

La historia de la enfermería demuestra que la escritura ha sido históricamente una herramienta emancipadora y un motor de desarrollo profesional y científico para las mujeres. Las narrativas de pioneras del cuidado evidencian una lucha constante por la autoridad epistémica que sentó las bases de nuestra disciplina. Hoy en día, las investigadoras y los investigadores en Historia de la Enfermería recogen ese testigo. Publicar nuestras investigaciones en revistas internacionales de alto impacto no solo prestigia el área de conocimiento, sino que honra el esfuerzo de aquellas mujeres al inscribir su legado en el discurso científico de primer nivel. Comprender y aplicar estrategias de divulgación rigurosas y conectadas con las inquietudes actuales de la profesión es fundamental para garantizar que la historia de la enfermería siga iluminando nuestro presente y orientando nuestro futuro.

Referencias bibliográficas

- Choperena, A. (2020). Triumphal narratives in the American Civil War: A new nursing professional identity. Journal of Advanced Nursing, 77(2), 643-652. https://doi.org/10.1111/jan.14693
- Choperena, A. (2022). Mary Livermore and My Story of the War: A nurse's narrative journey. Nursing Inquiry, 29(4), e12423. https://doi.org/10.1111/nin.12423
- Choperena, A. (2023). Jane Stuart Woolsey and Hospital Days: The power of nursing training. Nurse Education in Practice, 66, 103509. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103509
- Choperena, A., y Díaz-Dorronsoro, I. (2024). Cassandra and A Room of One's Own: A common cry of frustration. Nursing Inquiry, 31(4), e12663. https://doi.org/10.1111/nin.12663
- Choperena, A., y Díaz-Dorronsoro, I. (2025). Epistolary minds: Women, education and professional development in the Nightingale-Blackwell letters. Nurse Education in Practice, 87, 104487. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104487
- Choperena, A., y Fairman, J. (2018). Louisa May Alcott and Hospital Sketches: An innovative approach to gender and nursing professionalization. Journal of Advanced Nursing, 74(3), 575-583. https://doi.org/10.1111/jan.13510
- Choperena, A., y La Rosa-Salas, V. (2022). The sage Nightingale and Cassandra: Drafting the future of nursing. Collegian, 29(4), 444-447. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.005

Conferencias y ponencias

2

Instituciones hospitalarias y órdenes religiosas



La actividad sanitaria de las beguinas. Análisis crítico y propuesta de investigación

Alberto González García[1*] y Noelia María Martín Espinosa[2]

1 Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Granada.

2 Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Universidad de Castilla-La Mancha.

* albertogonzalez@ugr.es

Introducción

El término beguina se refiere a aquellas mulieres religiosae aparecidas entre los siglos XII y XIII en Lieja, alrededor del año 1180, y que tuvieron un especial desarrollo en Europa hasta el siglo XV (Fernández Díez, 2014; Lartategi Lorenzo, 2022; Lorenzo García, 2025; Sánchez Pérez, 2025). Estas mujeres fueron quienes dieron su sello a la religiosidad de la Baja Edad Media (Mañón Garibay, 2003).

Las beguinas han sido caracterizadas con diversas formas de vida en grandes beguinatos, que se convertían en pequeñas ciudades religiosas donde llevaban una vida autónoma y, a la vez, podían responder a sus aspiraciones más comunitarias de oración (Sánchez Pérez, 2025). El ideal beguino de mujer consagrada al estudio y al servicio de los necesitados (en el norte de Europa también a la castidad) llegó a su cumbre a principios del siglo XIV y fue resultado de una profunda renovación religiosa. Las beguinas vivieron en libertad y respetando las normas establecidas por ellas mismas en su comunidad. Llevaban una vida sobria y sencilla y trabajaban para mantener a la comunidad y a sí mismas (Santonja, 2003-2006).

Gracias a la extensión urbana, en la formación de las comunidades beguinas se pueden diferenciar principalmente tres focos: uno, el del norte, por Bélgica, Países Bajos, Alemania y el norte de Francia; otro, en el sur, por Italia y Francia meridional, que también llega a España. Y un tercero más al noroeste, fuera de la Europa continental, en Inglaterra (Sánchez Pérez, 2025). Esta investigación se centrará específicamente en este primer foco del norte. De hecho, las características del beguinaje más meridional son diferentes (Lorenzo García, 2025).

La cotidianeidad de estos grupos de mujeres integraba la vida activa, el trabajo manual y la atención a personas pobres y enfermas en medio de las ciudades. Se han apuntado diferentes tareas en las investigaciones históricas que pueden estructurarse en tres pilares: las labores manuales, la caridad y la enseñanza, que combinaban con una profunda experiencia contemplativa, de oración, lectura y estudio.

La caridad incluía labores asistenciales dentro de sus respectivas ciudades (Lartategi Lorenzo, 2022). Se encargaban de la acogida y el cuidado de las personas desamparadas que vivían en las calles y de cuidar a las personas enfermas, entre ellas, las personas con lepra. De hecho, se ha apuntado que entre las reformas en el ámbito de la salud que se atribuyen a las beguinas se encontró el establecimiento de hospitales de asistencia gratuita con habitaciones individuales, asistencia periódica, alimentación, salas de baño y ropa limpia. Hasta entonces a las personas enfermas se les solía agrupar en una gran habitación comunal sin hacer distinción entre ellas (Lartategi Lorenzo, 2022). Para realizar estas tareas debían salir del beguinato, ya que consideraban que no podían llevar una vida auténticamente espiritual alejándose de la sociedad (Lartategi Lorenzo, 2022).

El objeto prioritario de la historiografía medieval han sido los contenidos teóricos desarrollados por la medicina escolástica (Cabré Pairet, 2005). Sin embargo, el papel de las mujeres sigue siendo muy pequeño si se compara con el de los varones (Green, 2000). En la Baja Edad Media, la presencia documentada de mujeres en la historia de las prácticas sanitarias es muy pequeña (Cabré Pairet, 2005). Por lo tanto, para la historia de las mujeres es ineludible afrontar esta paradoja si quiere documentarse con mayor precisión la intensidad y significación de los cuidados de salud de las mujeres (Cabré Pairet y Ortiz Gómez, 2001). Por ello, el objetivo de

esta comunicación es analizar el papel que desempeñaron las beguinas en la asistencia sanitaria de la época medieval, principalmente en el norte de Europa.

Se ha realizado una búsqueda de fuentes bibliográficas en las bases de datos Dialnet, SCOPUS y Google Académico que aúne fuentes directas escritas por las beguinas con estudios secundarios sobre estas. Únicamente se utilizó la palabra clave "beguina", y su traducción al inglés, para realizar la búsqueda. La búsqueda se realizó en diciembre de 2025. Los criterios de inclusión fueron documentos escritos en castellano, inglés y francés, y que se tuviese acceso al texto completo de forma virtual. No se establecieron criterios de exclusión adicionales.

A partir de las fuentes seleccionadas se ha realizado un análisis crítico que combinase la historia social y la perspectiva de género. Esta metodología analítico-comprensiva requiere acudir a un ámbito interdisciplinar.

Desarrollo

La búsqueda inicial reportó un total de veintitrés documentos de los que se excluyeron diez por carecer de interés para la investigación. La revisión de las referencias bibliográficas de estos trece documentos permitió recopilar tres documentos adicionales, por lo que se analizaron un total de dieciséis referencias, todas ellas de estudios secundarios, trece escritos en castellano y tres en inglés. Solo uno de ellos analizaba fuentes primarias de escritos realizados por las propias beguinas (Bara Bancel, 2016). Ninguno de ellos realizó un estudio específico sobre la actividad sanitaria de las beguinas, aunque todos ellos les atribuyen funciones sanitarias. Solo un estudio analizó la actividad sanitaria de un hospital medieval, pero no se centraba específicamente en las beguinas, aunque las mencionaba.

La bibliografía incluida en esta revisión afirma que las beguinas se solían situar cerca de hospitales o templos cristianos por dos razones principales: su vida en parte contemplativa, por un lado, y su dedicación a actividades asistenciales como el cuidado de enfermos o la recogida de expósitos (Benito Julià, 2007). Sin embargo, no hay en este caso concreto, por ejemplo, ninguna referencia bibliográfica ni fuente primaria que justifique esta afirmación. Contrariamente, Bara Bancel (2016) afirma que las beguinas se comenzaron a agrupar y fundaron hospitales entre 1230 y 1240, pero cada una vivía en su casa en cualquier parte de la ciudad (*universitas*

beghinarum). De forma similar, otras autoras destacan que las beguinas se especializaron en oficios educativos o sanitarios asimilándolas automáticamente por su relación con las tareas vinculadas a la caridad y a la acción social (Sánchez Pérez, 2025).

Aunque la delimitación contextual de este trabajo se ha establecido en el norte de Europa, algunos trabajos han analizado la actividad y funciones de este colectivo en territorio español. Así, Rivasplata Varillas (2016) señala que en Valencia las beatas o beguinas estuvieron encargadas de la enfermería femenina del Hospital de Santa María en torno a 1334, citando como fuente de esta afirmación los trabajos de Hernández Martín (1996). Estas beatas también han sido localizadas en otras ciudades españolas como Córdoba entre 1363 y 1460 (Graña Cid, 2019) o Sevilla a partir de 1500 (Rivasplata Varillas, 2016). Sin embargo, ya se ha referido con anterioridad que no es posible asemejar plenamente la figura de las beatas españolas con las beguinas del norte de Europa por diferentes razones (Bueno Domínguez, 1993; Rivasplata Varillas, 2016).

En la época medieval, la presencia documentada de mujeres en la historia de las prácticas sanitarias es muy pequeña. Para superar esta limitación, algunas autoras apuntan que hay que buscar las relaciones entre el contexto, la historia y la literatura, de forma que en los testimonios escritos aportados por las propias beguinas y otras mujeres escritoras de la época puede encontrarse la herencia cultural de la sociedad medieval y las visiones femeninas de sus comportamientos sociales, tradiciones y mentalidades, sin perder de vista la supremacía y la prevalencia de los puntos de vista masculinos (Sánchez Pérez, 2025). Esta perspectiva conduce a la búsqueda de fuentes primarias.

Muchos textos de beguinas se encontraron de forma casual, y algunos hace poco tiempo. La Règle des fins amants es una de las pocas fuentes antiguas que describen la vida beguina. Escrita en francés antiguo sobre el año 1300 y de autoría anónima, es una metáfora del amor cortés que presenta un gran valor para el estudio de la vida cotidiana de las beguinas (Lorenzo García, 2025). Aunque no menciona las actividades concretas de las beguinas, alude a la combinación entre oración y trabajo. Según Bara Bancel (2016), otro manuscrito (el 535 de Metz), también contiene poemas sobre lo que se considera el beguinaje adecuado, aunque

está escrito en masculino. Los estudios de Spiegeler (1987) de los hospitales de Lieja señalan que las beguinas crearon habitaciones individuales para los enfermos y asistencia periódica, implantando salas de baño y ropa limpia.

Pese a que el análisis social de las dinámicas de las mujeres en la transición entre la Edad Media y la Edad Moderna es muy limitado, las mujeres beguinas medievales, en cierto modo, tuvieron una situación favorable. A pesar de los condicionamientos y limitaciones impuestas por el sistema social androcéntrico, tuvieron acceso a la cultura y participaron activamente en la vida social de forma independiente (Sánchez Pérez, 2025).

Conclusiones

Hasta el momento, el estudio de la vida y acontecimientos de las beguinas y su relación con la sociedad de su tiempo ha aportado resultados relevantes en el ámbito de la historia de la vida privada, de la historia de la religión, y en el análisis de la sociedad y de la cultura medieval de las mujeres. Aunque la investigación histórica realizada ha señalado las actividades sanitarias a las que se dedicaban las beguinas, las aproximaciones no se han realizado desde la perspectiva de la historia de la ciencia sino, más bien, desde la perspectiva de la responsabilidad pastoral, por lo que se considera necesario plantear investigaciones que estudien con mayor profundidad la actividad sanitaria de las beguinas que incorporen la perspectiva de género para conocer cuáles fueron las responsabilidades de estas mujeres en los cuidados y en su dirección.

Aunque en esta comunicación se ha acotado el estudio de las beguinas al norte de Europa por ser el origen geográfico del movimiento y por plantear diferencias sustanciales con los movimientos beguinos de los países mediterráneos, haber acotado el estudio en ciertos espacios geográficos concretos puede haber supuesto una limitación.

Ya que cada vez son más los estudios que se acercan al movimiento de las beguinas a través de sus textos, el análisis de este tipo de fuentes primarias desde la perspectiva de la historia de las mujeres en la salud puede ser una buena oportunidad para analizar causas del éxito y declive de estos movimientos de mujeres en los cuidados, lo cual permitiría estimar las responsabilidades reales que tuvieron

las beguinas en los cuidados de la época medieval, sin perder de vista las limitaciones de la propia escasez de fuentes primarias.

Referencias bibliográficas

- Bara Bancel, Silvia (2016). Las beguinas y su "Regla de los auténticos amantes" (Règle des fins amants). En: Bara Bancel, Silvia (ed.). Mujeres, mística y política. La experiencia de Dios que implica y complica. Editorial Verbo Divino, páginas 51-91.
- Benito Julià, Roger (2007). Beguinas y beguinos en la Europa Occidental. Arqueología, historia y viajes sobre el mundo medieval n.º 20, páginas 34-42.
- Bueno Domínguez, María Luisa (1993). Santa María de las Dueñas de Zamora. ¿Beguinas o monjas? El proceso de 1279. Historia. Instituciones. Documentos n. º 20, páginas 85-105.
- Cabré Pairet, Montserrat (2005). "Como una madre, como una hija": las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media. En: Morant Deusa, Isabel (dir.). Historia de las mujeres en España y América Latina. De la Prehistoria a la Edad Media (1ª ed.). Editorial Cátedra, páginas 637-657.
- Cabré Pairet, Montserrat & Ortiz Gómez, Teresa (eds.) (2001). Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX. Editorial Icaria.
- Fernández Díez, Raquel (2014). ¿Por qué no sobrevivieron las beguinas al siglo XXI? En: Cabrera Espinosa, Manuel; López Cordero, Juan Antonio (dirs.). Actas del VI Congreso virtual sobre historia de las mujeres. Editorial Archivo Histórico Diocesano de Jaén, páginas 1-14.
- Graña Cid, María del Mar (2019). Beguinas, beatas, monjas y terciarias: modelos femeninos de reforma franciscana (ca. 1400-1517). Archivo Ibero-Americano n.º 288-289, volumen 79, páginas 305-348.
- Green, Monica (2000). Women's Healthcare in the Medieval West. Editorial Ashgate.
- Hernández Martín, Francisca (1996). Historia de la enfermería en España: Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Editorial Síntesis.
- Lartategui Lorenzo, Yaiza (2022). Las beguinas: mujeres medievales fuera de las estructuras patriarcales. Editorial Universidad del País Vasco.
- Lorenzo García, Alba (2025). Voces del misticismo medieval. El movimiento de las beguinas a través de sus escritos. Editorial Universidad Complutense de Madrid.
- Mañón Garibay, Guillermo J. (2003). Eckhart y la Espiritualidad de las beguinas. Tópicos. Revista de Filosofía n.º 24, páginas 185-210.

- McDonnell, Ernest W. (1969). The Beguines and Beghards in Medieval Culture (2ª ed.). Editorial Rutgers University Press.
- Neel, Carol (1989). The Origins of the Beguines. Signs n.º 14, volumen 2, páginas 321-341.
- Ortega Martín, Eduardo Manuel (2024). Beginas, magia y brujería en la Baja Edad Media. Tabularium Edit n.º 11, volumen 2, páginas 97-125.
- Rivasplata Varillas, Paula Ermila (2016). La enfermería femenina del área de medicina del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en los siglos XVI al XVIII. Vínculos de Historia n.º 5, volumen 212, páginas 212-236.
- Rivera Garretas, María Milagros (2005). Las beguinas y beatas, las trovadoras y las cátaras: el sentido libre de ser mujer. En: En: Morant Deusa, Isabel (dir.). Historia de las mujeres en España y América Latina. De la Prehistoria a la Edad Media (1ª ed.). Editorial Cátedra, páginas 745-767.
- Sánchez Pérez, Claudia Isabel (2025). La nueva beguina. Vuelta al Medievo en busca de las raíces socioculturales de la independencia de las mujeres. Cuadernos Pagu n.º 74, e257401, sin páginas.
- Santonja, Pedro (2003-2006). Mujeres religiosas: beatas y beguinas en la Edad Media. Textos satíricos y misóginos. Revista de Historia Medieval n.º 14, páginas 209-227.
- De Spiegeler, Pierre (1987). Les hôpitaux et l'assistance à Liège. Presses universitaires de Liège.
- Swan, Laura (2016). The wisdom of the beguines: The forgotten story of a medieval women's movement. Editorial Bluebridge.

Los enfermeros obregones: la consolidación de la enfermería moderna entre hospitalidad, ciencia y cuidados

Ana del Hoyo Herrero[1], Isabel del Hoyo Herrero[2] y María de Begoña Josa Laorden[1]

1 Enfermera del servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

2 Enfermera del servicio de Oncología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción

La Edad Moderna española estuvo marcada por importantes transformaciones políticas, sociales, culturales y religiosas. La asistencia sanitaria no quedó al margen de dichos cambios. Tradicionalmente, la atención a los enfermos estuvo inserta en un modelo asistencial-caritativo fragmentado, disperso y escasamente especializado. En este contexto, Felipe II emprendió una reforma del sistema monástico medieval orientada a la reorganización institucional y hospitalaria, unificando y concentrando centros bajo el patronato regio.

Paralelamente, surgieron diferentes órdenes religiosas con voto de hospitalidad, como la Mínima Congregación de hermanos Enfermeros Pobres, fundada por Bernardino de Obregón a finales del siglo XVI. Su papel fue fundamental dentro de la reforma filipense, destacando su gestión organizativa y la profesionalización del cuidado.

La historiografía tiende a considerar a los obregones precursores de la Enfermería moderna, resultando necesario matizar dicha interpretación, y analizar su contribución al nuevo sistema asistencial

Objetivos

- Explicar el papel de los obregones en la puesta en marcha e implantación de la reforma hospitalaria de Felipe II iniciada a finales del siglo XVI.
- Describir las funciones asistenciales, organizativas y docentes que los hermanos obregones llevaron a cabo, valorando su impacto y legado en la Enfermería moderna.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo, que analizó fuentes secundarias sobre el trabajo de los enfermeros obregones y de la reforma hospitalaria de Felipe II. Se utilizaron palabras clave para la búsqueda de artículos en bases de datos electrónicas como Google Académico, Dialnet, SciELO o PubMed, complementada por monografías y literatura especializada. Se hallaron veinte referencias bibliográficas, seleccionándose las trece más adecuadas para el objeto del estudio.

Se priorizaron tesis y artículos de revistas científicas escritos en español e inglés, con accesibilidad al texto completo, calidad académica y que versaran sobre la temática escogida. Se excluyeron publicaciones no relacionadas con los objetivos propuestos y trabajos sin base científica.

Resultados

Durante el siglo XVI, la Monarquía Hispánica se consolidó a nivel político y territorial en la Península Ibérica, se difundieron los ideales del Renacimiento y se implantaron las directrices del Concilio de Trento, fomentando la creación de hospitales y la expansión de órdenes religiosas. Esto provocó que la asistencia a enfermos y pobres adquiriera una importancia política y religiosa creciente.

La atención sanitaria del sistema medieval era poco eficaz y rentable. Su estructura era descentralizada, compuesta por pequeños hospitales creados por Cofradías y centros de acogida dispersos bajo el mando de órdenes religiosas, que contaban con una escasa especialización profesional y una coordinación limitada, en un contexto de epidemias, rutas peregrinas y cruzadas.

En respuesta a esta situación, Felipe II inició en 1587 un proceso reformatorio

sanitario con la creación de ordenanzas regulatorias y la centralización progresiva de hospitales para un mejor control de recursos económicos, humanos y materiales. Esta modernización hospitalaria e institucional concentró la asistencia médica y cuidadora en hospitales de mayor capacidad, reduciendo los centros destinados a esta labor.

La reforma estuvo apoyada por el nacimiento de órdenes religiosas como la de San Juan de Dios, las Hijas de la Caridad, los Belemitas en Hispanoamérica o la Mínima Congregación de hermanos Enfermeros Pobres, creada por Bernardino de Obregón a finales del siglo XVI.

Los obregones desempeñaron papeles como gestores sanitarios, docentes, investigadores y tuvieron gran importancia en la reforma hospitalaria filipense, pero, ante todo, fueron enfermeros asistenciales. El carisma hospitalario de los obregones hizo que se encargaran del cuidado y la atención integral a enfermos pobres, huérfanos o presos desamparados, en un ambiente de miseria con una estructura hospitalaria obsoleta.

La Congregación introdujo nuevos criterios organizativos al renovado modelo; un organigrama jerárquico interno, asignación de tareas para atender al enfermo y la división del personal en turnos de trabajo que cubrían las veinticuatro horas. Asimismo, estipularon reglas conductuales y morales para los cuidadores y el cumplimiento de una formación reglada. Separaron a los pacientes según heridas y patología, reubicaron las salas de enfermería y realizaron registros diarios del trabajo realizado, controlando también los recursos disponibles.

Sus servicios, que combinaban ciencia y fe, se basaron en la atención espiritual y en cuidados enfermeros profesionales y humanizados. Aplicaron medidas higiénico-sanitarias como limpieza y orden, ventilación, cambios frecuentes de ropa de cama y uso de sahumerios para purificar. Para el cuidado directo de los enfermos agudos y convalecientes, efectuaron tareas como el aseo y vestido, procurando una alimentación adecuada o administrando remedios. También realizaron técnicas y procedimientos como cataplasmas y sangrías según indicación. Se encargaron del acompañamiento asistencial y espiritual, consuelo y vigilancia de la evolución y sintomatología de los enfermos, aislando a los pacientes infectocontagiosos, ali-

viando el dolor y contemplando aspectos como el religioso, psicológico, económico y social del paciente en recuperación. Además, preparaban al enfermo para la muerte, velando el cadáver y dándole sepultura en el cementerio posteriormente.

La actividad asistencial y organizativa descrita se considera el antecedente directo de la sistematización de los cuidados enfermeros y una racionalización del anterior modelo medieval. Los obregones introdujeron importantes novedades que reflejan el inicio de una nueva etapa en la historia de la enfermería, aunque siempre se mantuvieron fieles a sus fundamentos ideológicos, religiosos y caritativos.

La Congregación fundó hospitales como el de Santa Ana, Casas de Aprobación dedicadas a la docencia enfermera, casas-seminario en las que se impartía una mínima formación para marginados o abandonados como niñas huérfanas de soldados o pobres y viudas sin recursos, y una hermandad de caballeros que atendía a moribundos. También ejercieron en cárceles y en la Armada, logrando expandirse por diversas ciudades de la Península Ibérica y dejando su impronta en hospitales como el General de Madrid, su sede, ya que absorbió al de Convalecientes de Santa Ana.

Ya en el siglo XVII, tras la muerte de Bernardino, los obregones confeccionaron manuales como el del buen morir o la Instrucción de Enfermeros, en los que dejaron escritos sus conocimientos enfermeros empíricos y prácticos, hasta entonces transmitidos oralmente, y un marco normativo, constituyendo este último uno de los primeros tratados enfermeros en castellano.

Conclusiones

La reforma hospitalaria de 1587 impulsada por Felipe II evidencia la transformación del sistema sanitario en uno moderno, centralizado y eficaz, que contó con una organización funcional. Los obregones, arquetipo fundamental de caridad que la Monarquía quería proyectar, destacaron por su papel en la implantación de prácticas asistenciales y organizativas estructuradas, que produjeron significativas mejoras para la salud de sus pacientes, gracias a una atención integral y continuada. Por ello, la Congregación siempre contó con el apoyo regio, haciendo que Bernardino fuera elegido por Felipe II como Visitador General de Madrid y propuesto como gestor administrativo y económico hospitalario, cargos que siempre rechazó.

El modelo holístico enfermero obregoniano basado en premisas de cuidado, amparo y espiritualidad, y su legado en forma de gestión y literatura científica, en la que reflexionaron sobre la vida y la naturaleza, supuso una verdadera novedad. Esto permitió afianzar la profesionalización de la Enfermería moderna, estableciendo los principios para una atención humanitaria, técnica y de calidad, en un momento en el que el oficio aún no tenía una base científica.

Si bien, aún existen algunos campos relativos a la Congregación poco explorados, como un estudio más profundo sobre sus dinámicas internas, el análisis comparativo con otras órdenes religiosas coetáneas o las causas de su progresiva desaparición. Estas nuevas líneas ayudarían a comprender mejor su relevancia histórica en el desarrollo posterior de la Enfermería.

Referencias bibliográficas

- Amezcua, M. (2017) 400 años de conocimiento enfermero: A propósito de la publicación de la Instrucción de enfermeros de los obregones. Índice de Enfermería, 26(1–2), 6–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100002
- Campos Díez, M.S. (2022) El sistema hospitalario de la Monarquía Hispánica: Hospitales Generales y de la Pasión de Madrid, relación y dependencia del Consejo Real. Anuario de Historia del Derecho Español, tomo XCII, 412-434. Disponible en: https://revistas.mjusticia.gob.es/index.php/AHDE/article/view/9818
- Carrió Invernizzi, D. (2012) Historia universal moderna. CEF Editorial.
- Ezquerra Revilla, I. (2012) La reforma de las costumbres en tiempo de Felipe II: las "Juntas de Reformación" (1574-1583). Revista de Historia Moderna, (30), 267-282. Disponible en: https://revistahistoriamoderna.ua.es/article/view/2012-n30-la-junta-de-reformacion-de-1586-tapadas-comedias-y-vici
- García Martínez, A. C., García Martínez, M.J. (2015) El enfermero obregón Andrés Fernández. Un impulsor de la Enfermería española en la primera mitad del siglo XVII. Híades. Revista de Historia de la Enfermería, 11, 371–396. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7581646
- García Martínez, M. J. (2007) Cuidar el cuerpo y salvar las almas: La práctica de la enfermería según el modelo de la Congregación de enfermeros obregones (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla.
- García Martínez, M. J. (2011) Ciencia y fe al servicio de la salud: Los enfermeros obregones y su contribución a la profesión enfermera en España (siglos XVI-XIX). La cultura sentida. Homenaje al profesor Salvador Rodríguez Becerra, 161-182.
- García Martínez, M. J. (1993) Bernardino de Obregón, un Enfermero del Siglo XVI. Su papel en la reforma hospitalaria llevada a cabo por Felipe II. El Hospital de Convalecientes de Santa Ana. Qalat chábir (Ed. impresa), 1 (1), 60-68. Disponible en: https://www.academia.edu/3467920/_1993_Bernardino_de_Obreg%C3%B3n_un_enfermero_del_siglo_XVI_Su_papel_en_la_reforma_hospitalaria_llevada_a_cabo_por_Felipe_II_El_Hospital_de_Convalecientes_de_Santa_Ana_
- García Oro, J., Portela Silva, M.J. (2000) Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato. Cuadernos de Historia Moderna, 25, 87-124. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=123223
- Hernández-Conesa, J.M, Sellán-Soto, C., Maldonado-Suárez, E. (2013) Las coordenadas pedagógicas del cuidado a los enfermos en las Órdenes Religiosas

con Voto de Hospitalidad. Enfermería Universitaria, 10(4), 133-138. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726423

- Martínez Shaw, C. (2020) Breve Historia de la España Moderna. 1474-1808. Alianza Editorial.
- Moncayo Ramírez, J. (2021) Combatir el olvido: las relaciones de vida de los fundadores de las corporaciones hospitalarias en la primera mitad del siglo XVII. Tiempos modernos: Revista Electrónica de Historia Moderna, 300-332. Disponible en:http://www.tiemposmodernos.org/tm3/index.php/tm/article/view/5551/985
- Vidal Galache, F., Vidal Galache, B. (1995) Curar el cuerpo y salvar el alma. La asistencia en el Hospital General y Pasión (1767-1850) Espacio, Tiempo y Forma, Serie V, Historia Contemporánea, 8, 33-45. Disponible en: https://revistas.uned.es/index.php/ETFV/article/view/2904/2764

Mapeando la identidad espiritual de la enfermería religiosa en Lleida: ecos de un legado histórico

Lorena-Lourdes Tejero Vidal[1-4*], Miquel-Àngel Calderò Solé[1-4], Ines Vilà Panés[3,5], Cristina Subias Nogués[1,6] y Carme Torres Penella[1,3]

1 Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida.

2 ABS Lleida Rural Nord, Gestió de Serveis Sanitaris.

3 Miembro de la Associació Febe d'Història d'Infermeria de lengua catalana.

4 Institut de Recerca Biomèdica de Lleida – Fundació Dr. Pifarré, IRBLleida (ROR: 03mfyme49).

5 Enfermera de la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell.

6 Enfermera directora de sector Alt Pirneu, Servei Català de la Salut.

*lorena.tejero@udl.cat

Introducción

El estudio de las congregaciones religiosas constituye una línea fundamental para comprender el desarrollo histórico de la enfermería y de los cuidados en el ámbito local (González et al., 2024; Muñoz & Rico, 2025; Torres, 2007). En la provincia de Lleida, la presencia de comunidades religiosas desde la Edad Moderna hasta el siglo XX desempeñó un papel clave en la asistencia hospitalaria, domiciliaria y comunitaria, proporcionando cuidados que integraban dimensiones físicas, psicológicas y espirituales de la salud (Tejero, 2016; Tejero & Torres, 2011).

Entre finales del siglo XVIII y XIX, la asistencia hospitalaria se profesionalizó, y las congregaciones religiosas, especialmente femeninas, se consolidaron como

actores clave, aportando organización y mejoras en la atención, contribuyendo a la profesionalización de la enfermería y a su institucionalización en España con el primer título oficial en 1915 (Siles, 1999; Hernández, 2016). Además, ofrecieron a las mujeres un espacio de participación social, favoreciendo su incorporación a tareas de cuidado en un momento de cambio en la condición femenina (Yetamo, 2009).

Estas congregaciones, tanto masculinas como femeninas, no solo ofrecían atención sanitaria, sino que acompañaban a las personas en su experiencia espiritual, reconociendo que esta forma intrínseca de la condición humana está vinculada al sentido de la vida, la vulnerabilidad, la muerte y la incertidumbre (Lo & Brown,1999). Su acción asistencial se articulaba en torno a una espiritualidad basada en la oración, disciplina comunitaria y dedicación al cuidado de los más vulnerables (Yetamo, 2009).

A nivel territorial, estudios sobre el origen y expansión de las congregaciones muestran una notable implantación en Cataluña, especialmente en las principales ciudades, lo que facilitó la creación de redes asistenciales estructuradas. Esta expansión respondió tanto a necesidades asistenciales como al prestigio social de estas instituciones, que fueron reclamadas por administraciones locales para gestionar hospitales y centros benéficos (Ferrer & Palau,2024; Tejero, 2016).

A nivel nacional, las congregaciones religiosas se analizan como organizaciones sociales implicadas en la atención a personas mayores, reconocidas tanto como entidades religiosas como organizaciones no lucrativas cuya misión asistencial se adapta a los cambios sociales y a las necesidades de cuidado, ofreciendo una respuesta diferenciada dentro del ámbito sociosanitario (Torres, 2008).

Este enfoque especialmente relevante en Lleida, donde históricamente han combinado la atención física con el acompañamiento espiritual, entendiendo la salud integral más allá de lo corporal (Carper, 1978). En la actualidad, la investigación ha ganado reconocimiento, evidenciando que responde a necesidades sociales profundas y no siempre está vinculada a la religiosidad institucional (Carpenter et al., 2008; Murgia et al., 2022). Mientras que las personas mayores tienden a asociarla con la práctica religiosa, las generaciones más jóvenes la vinculan de forma más flexible al sentido de vida y bienestar emocional y existencial, sin adherirse necesariamente a dogmas o rituales (Sbalchiero & Giordan, 2024; Wnuk, 2023).

Por ello, el mapeo de las congregaciones religiosas en Lleida se plantea desde una mirada abierta que analizar la dimensión histórica de los cuidados espirituales y relevancia actual. Esta aproximación permite comprender su contribución a la identidad profesional de la enfermería religiosa y la persistencia de su legado en prácticas contemporáneas. Además, facilita reflexionar sobre su papel como actores sociales en la respuesta a la vulnerabilidad y sufrimiento, combinando asistencia sanitaria, acompañamiento espiritual y compromiso social.

En suma, esta investigación tiene como objetivo elaborar un primer inventario de congregaciones religiosas en Lleida, documentando su presencia y legado histórico vinculado al cuidado integral.

La fase inicial se centra en la identificación y el mapeo preliminar de estas comunidades, estableciendo una base para estudios posteriores que profundicen su impacto en los cuidados de enfermería y la dimensión espiritual de su praxis. Este enfoque permite comprender un fenómeno arraigado en la sociedad local y analizar la intersección entre historia, espiritualidad y práctica enfermera.

Se trata de un estudio histórico-descriptivo (Velandia, 2011), de carácter cualitativo, con enfoque hermenéutico (Dilthey, 2010; Fleming et al., 2003), orientado a la interpretación de textos históricos para comprender su significado, contexto y repercusión en las prácticas de cuidados (Frechette & Carnevale, 2020). Este enfoque permite abordar la historia de las congregaciones religiosas no solo como hechos documentales, sino como un fenómeno social y cultural complejo, en el que se integran dimensiones asistenciales, espirituales y comunitarias.

La investigación se basa en el análisis de fuentes primarias y secundarias procedentes de archivos históricos de la provincia, como el Municipal, Diocesà y Històric de Lleida, junto con los de la Seu d'Urgell y el Arxiu del Pallars, complementado con bibliografía especializada. Las fuentes incluyen visitas pastorales, expedientes fundacionales, registros hospitalarios y documentación administrativa, permitiendo reconstruir la presencia y la actividad asistencial y espiritual de las congregaciones.

La recolección de datos se realizó mediante una ficha Excel, registrando nombre de la congregación, localización, periodo, fuente documental y tipo de cuidado. Se complementa con un mapeado histórico y un enfoque hermenéutico para identi-

ficar patrones, valores institucionales y prácticas de cuidados espiritual (2ª fase), vinculando la información con su impacto social y sanitario.

El análisis siguió criterios de rigor historiográfico y cualitativo, priorizando la corroboración cruzada de fuentes, su contextualización e interpretación con la evolución de la enfermería religiosa en la provincia. Este procedimiento se alinea con estudios históricos de enfermería, donde la combinación de archivo, catalogación y análisis interpretativo conecta la historia documental con las prácticas actuales de cuidado integral (Frechette & Carnevale, 2020; Torres, 2008).

En conjunto, la metodología permite construir un mapeado preliminar de las congregaciones religiosas en Lleida, articulando información geográfica, temporal y funcional, y sentando bases para investigaciones posteriores sobre la influencia de la espiritualidad y valores asistenciales en la práctica enfermera y la atención social.

Desarrollo

Los resultados, actualmente en fase de análisis, permiten identificar de manera preliminar 19 congregaciones activas en el territorio, con una implantación diversa y adaptada a las necesidades asistenciales de cada contexto local. Estos datos constituyen una base inicial sobre la que se desarrollará el análisis del impacto en los cuidados de enfermería (Ramió et al., 2009) (ver Tabla 1).

Distribución geográfica: concentración y capilaridad asistencial

La presencia de congregaciones en el territorio no es homogénea. Se puede apreciar que existe una mayor concentración de éstas en núcleos urbanos y cabeceras comarcales, especialmente en la ciudad de Lleida y otras localidades con infraestructuras sanitarias o asistenciales consolidadas.

Sin embargo, también emergen diversas congregaciones en zonas rurales, donde desempeñaron funciones clave en contextos de menor presencia institucional. Caso fueron el Deganato de Montlles de la Vetlla, las Germanes de la Sagrada Familia d'Urgell, las Germanes dels Ancians Desemparats; que prestaron servicios en municipios como en la Seu d'Urgell, Solsona, Tremp, Vall d'Ora o Aitona. Consiguiendo cubrir vacíos del sistema asistencial en áreas periféricas.

Evolución temporal: expansión, consolidación y declive

Con las congregaciones identificadas hasta el momento, y desde una perspectiva cronológica, se pueden identificar tres grandes momentos:

- Siglo XIX- primeras décadas del XX: etapa de implantación y expansión, con la llegada progresiva de congregaciones. En esta fase, son excepción las Carmelites Descalces de Santa Teresa (identificadas por primera vez en Lleida a finales del s. XVII) y las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl que se instalan en Lleida a finales del s. XVIII.
- Mitad del siglo XX: fase de consolidación, en la que se estabiliza la presencia y se diversifica los ámbitos de actuación, especialmente en hospitales y asistencia institucionalizada. En ese caso, es necesario que se destaque que surgen en Lleida y poblaciones limítrofes como La Granadella, otras congregaciones como son las Carmelites Misioneres, el Institut de Religioses Filles de Sant Josep de Griona y las Franciscanas Misioneras de la Madre del divino Pastor.
- Finales del siglo XX y siglo XXI: se aprecia una reducción progresiva de la actividad asistencial directa, asociada a procesos de laicización, envejecimiento de las comunidades religiosas y la asunción de competencias por parte del sistema público de salud.

Este recorrido temporal refleja una transición desde un modelo religioso-benéfico hacia otro más profesionalizado y normalizado del cuidado.

Ámbitos de actuación: diversidad funcional del cuidado

El análisis de los ámbitos de actuación muestra una clara diversificación de prácticas asistenciales, entre las que destacan:

- Ámbito hospitalario: uno de los más representados, vinculado a instituciones sanitarias formales.
- Ámbito comunitario: con intervenciones en domicilios, atención a colectivos vulnerables y asistencia de proximidad.
- Veladoras y cuidados informales: evidencian formas de cuidados menos institucionalizadas pero fundamentales en contextos históricos con recursos limitados.

Esta diversidad pone de manifiesto que las congregaciones no solo participaron en estructuras formales, sino que también desarrollaron un modelo flexible y adaptativo de cuidados, ajustado a las necesidades locales.

Género: feminización del cuidado religioso

Uno de los resultados más relevantes es la predominancia de comunidades femeninas en el cuidado en la provincia de Lleida. Concentrando gran parte de la actividad asistencial, evidencia la histórica feminización del cuidado, aunque se trate de datos preliminares.

Tabla 1. Listado de congregaciones religioses identificades en la provincia de Lleida.

DENOMINACIÓN DE LA CONGREGACIÓN	LOCALITZACIÓ GEOGRÁFICA	INICIO	FINALIZACIÓN	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	GÉNERO
Congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl[1]	Lleida	1792	2012	Sanitario - Beneficencia	Mujeres
Carmelites Descalces de Santa Teresa Carmelites Misioneres[2]	Lleida	1688	2022	Trabajo sanitário; Clínica Mutual Aliança (1948-2022)	Mujeres
Congragación de la Caridad Cristiana de Nuestra Purísima e Inmaculada Concepción[3]	Lleida; La Granadella	1858	-	Asistir en sus casas a los enfermos	Hombres - Mujeres
Institut de Religioses Filles de San Josep de Girona[4]	Lleida	1895	2008	Domiciliario; La Provisional SS-INP (1948-1956?); Clínica Montserrat (1949-1989); Clínica psiquiátrica Bellavista (1958-1987); trabajo sanitario y de beneficencia (atención a huérfanos)	Mujeres
Franciscanas Misioneras de la Madre del Divino Pastor[5]	Lleida	1956	1980 - Hasta inicios de la década de los 80	R.S General Moscardo SS 1956-1975 (HUAV); Residencia Gent Gran	Mujeres
Monges de la vetlla	Solsona 1837 Vall d'Ora 1838	1859	1955	Compañía de enfermos durante la noche a domicilio; Hospital; Residencia Gent Gran	Mujeres

DENOMINACIÓN DE LA CONGREGACIÓN	LOCALITZACIÓ GEOGRÁFICA	INICIO	FINALIZACIÓN	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	GÉNERO
Germanes de la Sagrada Família d'Urgell[6]	Seu d'Urgell 1858; Tremp 1863	1858	-	Hospital, cuidados ancianos	Mujeres
Germanetes dels Ancians Desemparats[7]	Aitona ; La Seu d'Urgell	1873	En activo	Servicio a los ancianos desvalidos	Mujeres
Germanes de la Caritat de l'Hospital de Cervera[8]	Cervera	1805	2020 (La Pobla de Segur): en activo en Tremp	Hospital, cuidado ancianos	Mujeres
Misioneres Filles del Cor de Maria (M Güell)[9]	Cervera	1907	En activo	Velar enfermos a domicilio, atención al parto, atención a ancianos (Residencia Gent Gran`).	Mujeres
	Balaguer	1908			
	Tremp	1912			
	Agramunt	1915			
	La Pobla de Segur	1918			
	Solsona	1921			
Congregación de San Joan de Deu[10]	Lleida	1948	En activo	Asistencial salud mental; adultos con discapacidades; Fundació Sant Hospital de Tremp-Fundació Fiella	Hombres
Congregación Dominques[11]	Lleida	1890	-	Asistir enfermos a domicilio	Mujeres
Hermanas de la Sagrada Família (Sœurs de la Sainte-Famille)[12] Santa Émilie de Rodat	Vall d'Aran (Les)	1906	2025	Cura de enfermos, asistencia social, asistencia a huérfanos	Mujeres
Carmelitas de la Caridad Vedruna (en vida de la santa)[13]	Solsona[14]	1829	2005	Hospital Peremàrtir Colomés; Hospital de solsona	Mujeres
	Balaguer[15]	1846	1970	Hospital hasta 1932. Enseñanza se mantuvo en el tiempo	Mujeres
	Borges Blaques[16]	1846	1970	Hospital i Enseñanza	Mujeres
	Tàrrega	1827	1930	Hospital	Mujeres

DENOMINACIÓN DE LA CONGREGACIÓN	LOCALITZACIÓ GEOGRÁFICA	INICIO	FINALIZACIÓN	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	GÉNERO
Venerable Congregación de Señoras de los Dolores[17]	Corbins	1919	-	Apoyo físico y espiritual	Mujeres
Ordre dels Frares Menors Caputxins[18]	Tremp	1627	1835	Asistencia a enfermos (epidemias) y pobres	Hombres
Sociedad de Socorros Mútuos[19]	Lleida	1917	-	Proporcionar socorros materiales a los enfermos o imposibilitados mediante ayuda mútua	Hombres
Hermandat Cristiana de San Jose[20]	Belloch	1890	-	Socorrerse mutuamente	Hombres
Cofradía de los Labradores[21]	Lleida	1850	-	Apoyo físico, espiritual y social	Hombres - Mujeres

Fuente: Elaboración propia a partir de legajos consultados en archivos (A. Diocesà de Lleida; A. Comarcales) y fuentes secundarias.

En el caso de las denominaciones de figuras de los cuidados que aparecen en ordinaciones, contratas o fuentes secundarias, no ha completado la investigación. Esto puede deberse a falta de estandarización terminológica o a la invisibilización histórica de los roles asistenciales, entendidos como parte de la vida religiosa más que como profesión. Este hallazgo señala una línea futura para reconstruir identidades profesionales dentro de las congregaciones.

Conclusiones

Esta fase inicial aporta una base empírica esencial para reconstruir la historia de la enfermería en Lleida, identificando y mapeando la presencia de congregaciones religiosas desde perspectivas geográfica, temporal y funcional. Los resultados muestran que su acción no se limitaba a la tención física, sino que incluían un cuidado integral con dimensión espiritual, promoviendo bienestar, sentido de vida, esperanza y estrategias de afrontamiento, anticipando principios fundamentales en la enfermería contemporánea, y respaldando la necesidad de modelos de enfer-

mería como el Human Caring de Jean Watson.

El estudio evidencia la invisibilidad histórica de estos cuidados religiosos, muchas veces relegados frente a documentación institucional sanitaria. Su legado ha influido en la orientación hacia un cuidado integral y la sensibilidad espiritual. Reconocer este patrimonio permite valorar su contribución al desarrollo de los sistemas de atención en Lleida y generar un diálogo entre historia y práctica contemporánea.

En suma, la investigación establece bases para estudios futuros sobre la intersección entre historia, espiritualidad y práctica profesional, mostrando cómo la tradición de la enfermería religiosa ha moldeado la atención integral, inspirando la atención centrada en la persona.

Referencias bibliográficas

- Carper, BA (1978). Patrones fundamentales del conocimiento en enfermería: Avances en la ciencia de la enfermería , 1 (1), 13–24. https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004
- Carpenter K, Girvin L, Kitner W, Ruth-Sahd LA. Spirituality: a dimension of holistic critical care nursing. Dimens Crit Care Nurs. 2008 Jan-Feb;27(1):16-20. doi: 10.1097/01.DCC.0000304668.99121.b2.PMID: 18091628
- Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. Holist Nurs Pract. 2007 Sep-Oct;21(5):224-36. doi:10.1097/01.HNP.0000287986.17344.02.https://doi.org/10.1097/01.hnp.0000287986.17344.02
- Dilthey, W. (2010). Hermeneutics and the study of history (Ed.). Princeton University Press.
- Espinoza-Padilla DJ, Poblete-Troncoso MDC, Guerra-Guerrero VT, Zamberlan C, Backes DS. Relationship between spirituality and humanized care in nursing professionals at a Chilean hospital. Rev Bras Enferm. 2025 Dec 15;78(5):e20240598. doi: 10.1590/0034-7167-2024-0598
- Ferrer, L., & Palau, L. (2024). Hacerse monja: El origen geográfico de las religiosas en Cataluña (1860–1936). Anuario de Historia de la Iglesia, 33, 333–370. doi: 10.15581/007.33.015
- Frechette, Julie & Carnevale, Franco A. (2020). Exploring a hermeneutic perspective of nursing through revisiting nursing health history. Nursing Philosophy 21 (2):e12289. https://doi.org/10.1111/nup.12289
- Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. Nursing Inquiry, 10(2), 113–120. https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
- González Iglesias, M.E., Amezcua, M., & Siles González, J. (2024).
- El título de enfermera en España a través del análisis documental: El caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. Temperamentvm, 20(1), e1210. https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/t1210
- Hernández Martín, F. (2016). Historia de la enfermería en España. Síntesis.
- Lo R, Brown R. Holistic care and spirituality: potential for increasing spiritual dimensions of nursing. Aust J Holist Nurs. 1999 Oct;6(2):4-9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11898211

- Muñoz Devesa, A., & Rico Becerra, J.I. (2025). Hospital care and the conception of death in the Hospitaller Order of Saint John of God in sixteenth- and seventeenth-century Spain. Nursing Inquiry, 32(3). https://doi.org/10.1111/nin.70042
- Murgia C, Notarnicola I, Caruso R, De Maria M, Rocco G, Stievano A. Spirituality and Religious Diversity in Nursing: A Scoping Review. Healthcare (Basel). 2022 Aug 31;10(9):1661. https://doi.org/10.3390/healthcare10091661
- Ramió Jofre, A (coord.) (2009). Necesidades espirituales en la última etapa de sus vidas. PPC editorial.
- Sbalchiero, S., & Giordan, G. (2024). Youth, Spirituality, Religion, and the Categories in Between. Religions, 15(8), 923. https://doi.org/10.3390/rel15080923
- Siles González, J. (1999). Historia de la enfermería. Aguaclara.
- Tejero Vidal, L. L. (2016). Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el Hospital de Santa María, la Casa de Maternidad y la Casa de Misericordia de Lleida (1792–1936): Aportaciones a la enfermería [Tesis doctoral, Universitat de Lleida]. Repositori UdL. http://hdl.handle.net/10803/387321
- Tejero Vidal, L.L., & Torres Penella, C. (2011). La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad. Cultura De Los Cuidados, 31, 64–68. https://doi.org/10.7184/cuid.2011.31.08
- Torres Egea, M. P. (2007). Institutos religiosos femeninos y atención gerontológica: Valores, misión y compromiso con la Sociedad.(Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones). Repositorio Digital de la Universitat de Barcelona. https://hdl.handle.net/2445/43012
- Torres, C. (2010). La infermería en la Guerra Civil española en Lleida: Infermeras, practicantes y comadronas [Tesis doctoral, Universidad de Alicante].
- Velandia Mora, A. L. (2011). Fundamentos teórico-metodológicos de investigación en historia de la enfermería. Cultura de los Cuidados, 31, 118–126. https://doi.org/10.7184/cuid.2011.31.15
- Yetano, A. (2009). Con toca: Mujeres y trabajo hospitalario, avances en tiempos convulsos. Las hermanas de la caridad. Manuscrits, (27), 113–139.
- Wnuk M. The Indirect Relationship Between Spiritual Experiences and Subjective Wellbeing Through Hope? A Sample of Chilean Students. J Relig Health. 2023 Apr;62(2):964-983. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01459-4

Fuentes documentales: Arxiu Municipal de Lleida, Arxiu Diocesà de Lleida, Arxiu Històric de Lleida, Arxiu de la Diputació de Lleida, Arxiu Maritense de la Congregación de la Misión, Madrid, Arxiu de la Seu d'Urgell y Arxiu Comarcal del Pallars.

← Índice

Historiar la caridad para repensar la historia de los cuidados en la España contemporánea

Berta Echániz Martínez
Área de Historia de la Ciencia, Universidad Miguel Hernández de Elche, Instituto Interuniversitario López Piñero

Introducción

La mujer, por el contrario, desde niña es menos turbulenta en sus juegos, más dócil, y naturalmente dispuesta a la abnegación: parece que Dios le ha dicho: vivirás sobre la tierra para padecer y consolar. Es raro que aun en el tumulto de las pasiones sea sorda a la voz de la caridad; que en medio de las frivolidades de una educación extraviada no la haga volver en sí un grito de dolor, y que rodeada de cuidados y llena de los afectos de esposa y de madre, no halle eco en su corazón la voz doliente del desdichado (Arenal, 1861, p. 113)

Hacia mediados del siglo XIX, Concepción Arenal condensaba una larga tradición cultural que había vinculado la caridad con las mujeres, dibujándolas como seres "naturalmente" inclinados a consolar, asistir y aliviar el sufrimiento. Sus palabras reflejan la profunda imbricación entre virtud, género y deber social que caracterizó las culturas asistenciales de la contemporaneidad. Así, la caridad se había ido configurando como una emoción socialmente regulada y moralmente feminizada, capaz de canalizar afectos, disciplinar cuerpos y producir saberes sobre la vulnerabilidad, la enfermedad y los cuidados.

Desde esta reflexión inicial, esta propuesta plantea la necesidad de historiar la

caridad como una categoría de análisis útil para repensar la historia de los cuidados en la España contemporánea y, con ello, deconstruir la identificación entre feminidad y cuidado, enriqueciendo la historia de la enfermería desde una perspectiva de género y feminista.

En las últimas décadas, la historiografía ha avanzado en el estudio de la caridad, la beneficencia moderna y la acción femenina ilustrada, mostrando cómo, desde el siglo XVIII, las Juntas de Damas y otro tipo de asociaciones caritativas ofrecieron a las mujeres de las élites un espacio de legitimación pública y de ejercicio moral bajo la retórica de la virtud y la compasión (Jaffe & Martín-Valdepeñas Yagüe, 2022). Este modelo ilustrado se reformuló en el siglo XIX con la beneficencia liberal y el surgimiento de un nuevo compromiso social, donde sensibilidad, virtud y piedad funcionaron como recursos simbólicos de feminidad y autoridad moral ante grupos sociales vulnerables (Velázquez Guadarrama, 2016).

En el tránsito al siglo XX, en el marco de un complejo proceso de feminización de la religión y movilización sociopolítica de las mujeres católicas (Blasco Herranz, 2005), la caridad femenina se resignificó en el catolicismo social y el feminismo cristiano, que reinterpretaron la compasión como deber cívico y herramienta de reforma moral. Tras la Rerum Novarum (1891), surgieron formas de activismo social católico impulsadas por mujeres de las clases medias y altas, que transformaron la responsabilidad social en acción organizada y educativa. Figuras como María de Echarri o Concepción Arenal articularon un discurso de emancipación moral y justicia social desde el deber religioso, promoviendo el acceso de las mujeres a la formación, al trabajo y a la vida política como medio para cumplir una "misión social" cristiana (Flecha García, 2025).

En las primeras décadas del siglo XX, este feminismo católico construyó una nueva visibilidad femenina en el espacio público, legitimada por el lenguaje de la virtud y de la maternidad espiritual (Ortega López, 2023; Arce Peinado, 2008). Al mismo tiempo, introdujo un componente de profesionalización y modernización asistencial: visitadoras, maestras y enfermeras actuaban ahora como agentes de una cultural moral del cuidado que vinculaba salud, moral y regeneración nacional. Esta línea anticipó dinámicas posteriores de Acción Católica, Sección Femenina y otras instituciones franquistas de asistencia (Ofer, 2017; Cenarro, 2023).

En este sentido, la historiografía ha subrayado la ambivalencia de la caridad como espacio de subordinación, poder y cambio, así como su papel en la construcción de la ciudadanía moral femenina y su protagonismo en las transformaciones sociales de su tiempo. La caridad se convirtió en un dispositivo de orden y control social, pero también en una práctica que permitió a las mujeres intervenir en el espacio público y producir formas de saber práctico y afectivo, al tiempo que impulsaba nuevas formas de compromiso y evangelización social (Moreno Seco, 2003; Franklin Lewis, 2011; Núñez Bargueño, 2024).

Este trabajo propone que la caridad constituye una categoría de análisis fundamental para comprender genealogías, prácticas y representaciones del cuidado que precedieron, acompañaron y conformaron históricamente la enfermería contemporánea. El objetivo de esta aportación se extiende, por un lado, con la intención de problematizar históricamente la caridad como eje interseccional entre género, clase y religión y, por otro, de mostrar su capacidad para ampliar la historia de los cuidados más allá de las profesiones sanitarias y de las órdenes religiosas.

Caridad, género y culturas del cuidado

La caridad, como espacio ambivalente de subordinación, poder y transformación, contribuyó a reorganizar las relaciones entre género, moral y cuidados. A través de asociaciones, patronatos, juntas y redes de asistencia, muchas mujeres laicas, con frecuencia vinculadas a las élites sociales, participaron en la definición de necesidades, en la interpretación del sufrimiento y en la transmisión de normas morales. Situadas en un umbral ambiguo entre privilegio y subordinación, construyeron formas específicas de autoridad emocional, pedagógica y asistencial, además de socorrer, también clasificaron, disciplinaron y justificaron jerarquías. Además, las acciones caritativas entendidas como escenarios ambiguos configuraron espacios propios de producción de saberes, sensibilidades y legitimaciones. Se trata, en definitiva, de comprender cómo su participación en la esfera pública —aunque inscrita en una rígida estructura patriarcal— generó narrativas que modelaron la cultura del bienestar, la moral social y las políticas del cuidado, contribuyendo a definir profesiones, identidades de género e imaginarios sociales de la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva, la caridad se perfila más allá de un lenguaje

religioso, para convertirse en una gramática política y cultural que nombró y asignó prácticas de sociabilidad, asistencia y moralidad.

Caridad e historia de la enfermería

Esta propuesta parte de una mirada que invita a repensar la historia de la enfermería a través de las genealogías históricas de la caridad y de los cuidados, situando los procesos formativos e institucionales de la disciplina en un horizonte más amplio, donde confluyen ordenaciones morales, sensibilidades y dinámicas sociales previas. Antes y durante su profesionalización, existió un amplio abanico de prácticas asistenciales desarrolladas en espacios domésticos, benéficos, religiosos y hospitalarios que contribuyeron a configurar relaciones de poder, saberes, y horizontes sociales. La caridad constituye un marco privilegiado para comprender cómo determinadas culturas del cuidado se pensaron y legitimaron en femenino, al tiempo que nos permite releer críticamente algunas cualidades que más tarde se asociaron de forma "natural" a la identidad enfermera, como la vocación, el sacrificio, la paciencia, la abnegación, la ternura, la generosidad o la autoridad moral, entendiéndolas como construcciones históricas en clave interseccional.

Al mismo tiempo, esta aproximación invita a incorporar protagonistas que han resultado algo más difuminadas en el relato tradicional: visitadoras, maestras, Juntas de Damas y colaboradoras de patronatos, así como otras mujeres laicas que intervinieron en la gestión social de la enfermedad y la vulnerabilidad. Su estudio permite reconstruir la permeabilidad entre asistencia, religión, formación y pedagogía y comprender mejor cómo se feminizaron determinados cuidados antes de su plena profesionalización. Además, contribuye a identificar continuidades y rupturas entre cuidados religiosos, cuidados benéficos-caritativos y enfermería contemporánea.

Conclusiones

Historiar la caridad en la España contemporánea permite repensar los cuidados como una construcción histórica atravesada por relaciones de género, jerarquías sociales, autoridades profesionales y lenguajes morales y políticos. Esta propuesta cuestiona la naturalización del vínculo entre feminidad y cuidados para analizar los

procesos históricos que lo forjaron. En este sentido, deconstruir el género del cuidado implica examinar críticamente las estructuras morales, religiosas y culturales que hicieron de ciertos cuidados una tarea femenina y que, más tarde, contribuyeron a legitimar la identidad enfermera, al tiempo que consolidaban desigualdades y estereotipos de género.

Entre las futuras líneas de investigación, resultará especialmente fértil profundizar en las relaciones entre caridad, vocación y profesionalización; en el estudio de mujeres laicas y redes asistenciales aún poco exploradas; en la incorporación de las experiencias de las mujeres asistidas, analizando la caridad como una práctica compartida, atravesada por desigualdades, pero también por negociaciones, resistencias y formas de agencia; y en el desarrollo de enfoques comparados e interdisciplinares que permitan situar el caso español en diálogo con otras genealogías transnacionales de la caridad, los cuidados y la feminización de la asistencia.

Referencias bibliográficas

- Arce Pinedo, R. (2008). Dios, Patria y Hogar. La construcción social de la mujer española por el catolicismo y las derechas en el primer tercio del siglo XX. Universidad de Cantabria.
- Arenal, C. (1861). La beneficencia, la filantropía y la caridad. Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos y de Ciegos.
- Blasco Herranz, I. (2005). Género y religión: de la feminización de la religión a la movilización católica femenina. Una revisión crítica. Historia Social, 53, 119-136.
- Cenarro, A. (2023). The Falange changed our way of being completely: Women and gender identity in Spanish fascism. European History Quarterly, 53(2), 297-315.
- Franklin Lewis, E. M. (2011). La caridad de una mujer modernización y ambivalencia sentimental en la escritura femenina decimonónica. Anales de Literatura Española, 23, 185-204.
- Flecha García, C. (2025). María de Echarri en el activismo social y el feminismo católico. En M. T Nava Rodríguez y D. Ramos Palomo (coords.), Historia, espacio público y mujer (siglos XVI-XX). Universidad Complutense de Madrid, 493-522.
- Jaffe, C. M. y Martín-Valdepeñas Yagüe, E. (Eds.). (2022). Society women and enlightened charity in Spain: The Junta de Damas de Honor y Mérito, 1787-1823. Louisiana State University Press.
- Moreno Seco, M. (2003). De la caridad al compromiso: las mujeres de Acción Católica (1958-1968). Historia Contemporánea, 26, 239-265.
- Núñez Bargueño, N. (2024). Fe, Modernidad y Política. Los congresos Eucarísticos Internacionales (Madrid, 1911 – Barcelona, 1952). Comares.
- Ofer, I. (2017): "Teresa, ¿revista para todas las mujeres? Género, clase y espacios de la vida cotidiana en el discurso de la Sección Femenina (1960-1970)". Historia y Política, 37,121-146.
- Ortega López, T. M. (ed.) (2023). Mujeres, género y nación en la dictadura de Miguel Primo de Rivera. Sílex Ediciones.
- Velázquez Guadarrama, A. (2016). De la caridad religiosa a la beneficencia burguesa: la dádiva social y sus imágenes. Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas, 38(109), 43-95.

El legado de las hijas de la caridad desde una perspectiva de género: caridad hospitalaria y beneficencia en Valladolid

Miriam Martínez Digón[1], Elena Andina Díaz[2] y María López Vallecillo[3]

1 Enfermera en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

2 Departamento Enfermería y Fisioterapia, Universidad de León.

3 Facultad de Enfermería Universidad de Valladolid.

Introducción

El siglo XIX español estuvo marcado por profundas transformaciones políticas y sociales que afectaron de manera directa a las estructuras asistenciales y sanitarias. La consolidación del Estado liberal, las reformas administrativas y la reorganización de la beneficencia configuraron un sistema en el que la atención sanitaria dependía en gran medida de instituciones caritativas. En este contexto, las congregaciones religiosas femeninas desempeñaron un papel decisivo en el sostenimiento de hospitales y establecimientos asistenciales, especialmente en ciudades de tamaño medio (Fernández, 2017; Hernández Martín, 2017).

La asistencia sanitaria decimonónica se caracterizó por la coexistencia de procesos de modernización médica con modelos tradicionales de cuidado basados en la caridad y la moral religiosa. Mientras la medicina avanzaba hacia la profesionalización científica, el cuidado cotidiano de los enfermos permanecía vinculado a valores de servicio, disciplina y vocación. Este ámbito se convirtió en uno de los principales espacios de participación femenina en la esfera pública, aunque bajo formas socialmente legitimadas (Hernández Martín, 2017; Lorente Pedreille, 2027; Serrano Lasaosa, 2020).

Entre las congregaciones religiosas implicadas en el cuidado de enfermos, las Hijas de la Caridad destacaron por su trabajo en hospitales y su particular modelo organizativo, que no incluía clausura y permitía la dedicación activa a la asistencia y gestión hospitalaria (Villalba y Oliverlla, 2023). Desde una perspectiva de género, el estudio de su labor resulta relevante, ya que permite analizar cómo funciones tradicionalmente asociadas al ámbito doméstico fueron progresivamente institucionalizadas y regladas. La autoridad ejercida por las religiosas dentro de los hospitales cuestiona la idea de una participación femenina limitada a tareas auxiliares, mostrando su capacidad para asumir responsabilidades organizativas y de gobierno interno (Conde Mora, Mata Pérez y Lepiani Díaz, 2017), por lo que sería interesante estudiar su influencia en la construcción de la identidad femenina en la enfermería española (Hernández Martín, 2017; Navarro Perán, 2012).

De este modo se ha planteado analizar el papel que desempeñaron las Hijas de la Caridad en los centros sanitarios de Valladolid durante el siglo XIX, atendiendo a sus funciones asistenciales, organizativas y de autoridad institucional desde una perspectiva de género.

Se realizó un estudio histórico-documental de carácter cualitativo. Se consultaron las fuentes primarias de la segunda mitad del siglo XIX y de la primea mitad del siglo XX del Archivo Municipal de Valladolid y del Archivo Provincial de Valladolid. Se incluyeron para su análisis reglamentos de la Junta Municipal de Beneficencia, libros de cuentas, actas administrativas, nombramientos y documentación económica y patrimonial de los hospitales. Como apoyo interpretativo se utilizaron fuentes secundarias relacionadas con la historia de la enfermería, la beneficencia y las órdenes religiosas femeninas.

Las fuentes fueron contrastadas entre sí con el fin de garantizar la coherencia interpretativa y situar los hallazgos dentro del marco historiográfico existente.

Desarrollo

La documentación analizada evidencia la presencia continuada de las Hijas de la Caridad en la gestión cotidiana de los establecimientos asistenciales vallisoletanos. Los libros de cuentas conservados muestran un control sistemático de los gastos relacionados con la alimentación, el mantenimiento de instalaciones y la

administración de recursos, funciones que recaían principalmente en la Hermana Superiora.

Los reglamentos de la Junta Municipal de Beneficencia de 1844–1845 reconocían explícitamente a la Superiora como "jefe interior del establecimiento", otorgándole autoridad organizativa sobre la vida hospitalaria. Esta figura asumía la supervisión del personal, la organización del trabajo asistencial y la gestión de los recursos materiales, lo que la situaba en una posición de poder institucional poco habitual para las mujeres del periodo.

Las Hijas de la Caridad desempeñaron tareas que iban más allá del cuidado directo de los enfermos, incluyendo la preparación y distribución de alimentos, el mantenimiento de la higiene, la supervisión de las salas y el control del orden interno. Asimismo, la documentación refleja su implicación en actividades educativas, como la dirección de escuelas de niñas vinculadas a los establecimientos asistenciales, financiadas en gran parte por la beneficencia.

Los archivos recogen también solicitudes formales dirigidas al Ayuntamiento por parte de la Superiora para aumentar el número de hermanas destinadas a la asistencia, alegando la carga de trabajo y las limitaciones derivadas de la edad o la salud de algunas religiosas. Estas peticiones muestran una concepción del cuidado como trabajo organizado y colectivo, y no únicamente como entrega vocacional.

Por otro lado, se documentan donaciones y cesiones patrimoniales a favor de las Hijas de la Caridad, lo que evidencia el reconocimiento social e institucional de su labor. A finales del siglo XIX, los reglamentos de la Beneficencia reflejan una progresiva formalización del trabajo femenino sanitario, con requisitos de acceso y méritos similares a los exigidos a otros profesionales de la salud.

Los resultados confirman que las Hijas de la Caridad desempeñaron un papel central en la configuración del cuidado sanitario en Valladolid durante los siglos XIX. Su actuación no se limitó a una función asistencial subordinada, sino que incluyó responsabilidades organizativas, económicas y disciplinarias que les otorgaron una autoridad efectiva dentro de las instituciones de beneficencia.

Desde una perspectiva de género, el reconocimiento reglamentario de la Superiora como jefa del establecimiento resulta especialmente significativo, ya que implica la institucionalización de una forma de liderazgo femenino en un contexto

dominado por estructuras patriarcales. Esta autoridad se apoyaba tanto en la legitimidad religiosa como en la competencia práctica demostrada en la gestión hospitalaria.

La sistematización de las tareas y la regulación del trabajo asistencial contribuyeron a transformar el cuidado en una práctica reglada y evaluable, anticipando elementos clave de la enfermería moderna.

Conclusiones

Las Hijas de la Caridad desempeñaron un papel fundamental en la transformación del cuidado asistencial en la Valladolid de los siglos XIX y XX, asumieron funciones de gestión, supervisión y organización que trascendieron el modelo tradicional de caridad.

La figura de la Hermana Superiora, reconocida como autoridad institucional, evidencia una ruptura parcial con los roles de género dominantes y sitúa a estas religiosas como precursoras de la gestión enfermera en los centros sanitarios.

Asimismo, futuras líneas de investigación podrían profundizar en el análisis comparativo entre otros contextos hospitalarios españoles con el fin de analizar si las funciones organizativas y de autoridad desempeñadas por las Hijas de la Caridad en Valladolid se reprodujeron en otros espacios asistenciales. Del mismo modo, resultaría de interés estudiar la influencia de estas prácticas organizativas en la posterior profesionalización de la enfermería española, así como analizar con mayor detalle las trayectorias individuales de las religiosas que ejercieron funciones de gestión, con el fin de comprender mejor su papel en la construcción histórica del liderazgo femenino en el ámbito sanitario.

Bibliografía

- Administración Provincial de Hacienda (1865). Cesión de casa a la Cofradía de la Concepción y Caridad. Archivo Provincial de Valladolid, Caja 750, Subdivisión 177. Valladolid, España.
- Ayuntamiento de Valladolid. (1882). [Reglamento Orgánico de la Beneficencia Municipal]. Archivo Histórico Municipal de Valladolid, Legajo 51.048-69. Folio 7, 17-19, 22-23. Valladolid, España.
- Ayuntamiento de Valladolid, Comisión Permanente y Decanato de la Beneficencia Municipal. (1929). [Informes sobre la atención del Servicio Tocoginecológico Municipal y el personal asignado]. Archivo Histórico Municipal de Valladolid. Legajo 278-60. Valladolid, España.
- Conde Mora, F. G., Mata Pérez, C., & Lepiani Díaz, I. L. (2017). Dª María Abaurrea, Rectora de Salus Infirmorum de Cádiz. En C. Sánchez Macarro, A. C. García Martínez, & M. J. García Martínez (Coords.), Los colegios profesionales de enfermería: su función social e institucional (pp. 493-499). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.
- Fernández, M. L. (2017). El valor de la investigación histórica en la consolidación de la profesión enfermera. En C. Sánchez Macarro, A. C. García Martínez, & M. J. García Martínez (Coords.), Los colegios profesionales de enfermería: su función social e institucional (pp. 45-63). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.
- Hernández Martín, F. J. (2017). Los colegios de enfermería y las órdenes religiosas. En C. Sánchez Macarro, A. C. García Martínez, & M. J. García Martínez (Coords.), Los colegios profesionales de enfermería: su función social e institucional (pp. 187-196). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.
- Hospital de la Resurrección y Provincial (1849-1864). Libros de cuentas de gastos Mensuales. Archivo Provincial de Valladolid, Caja 178, Subdivisión 6. Valladolid, España.
- Hospital de la Resurrección y Provincial (1858). Notas de gastos dedicados a la Escuela de Niñas. Archivo Provincial de Valladolid, Caja 166, Subdivisión. Valladolid, España.
- Hospital de la Resurrección y Provincial (1858). Recibo de gastos por las Hijas de la Caridad. Archivo Provincial de Valladolid, Caja 166, Subdivisión 9. Valladolid, España.

- Hospital de la Resurrección y Provincial (1858). Con el Ayuntamiento sobre número y actuación de las Hijas de la Caridad. Archivo Provincial de Valladolid, Caja 166, Subdivisión 10. Valladolid, España.
- Junta Municipal de Beneficencia de Valladolid. (1844–1845). [Actas de sesiones y reglamentos de los hospitales y establecimientos de caridad, 9 de abril de 1844 a fines de 1845]. Archivo Histórico Municipal de Valladolid, Legajo 8312, Folio 45v-47r.Valladolid, España.
- Junta Municipal de Sanidad de Valladolid. (1897). [Acta de sesión y resoluciones sobre la cysticercosis cellulosa]. Archivo Histórico Municipal de Valladolid. Legajo 00250-004. Valladolid, España.
- Serrano Lasaosa, A. J. (2020). Las Hijas de la Caridad, una congregación ligada al cuidado sanitario: La Casa de Amparo (1871–2018). STVDIVM. Revista de Humanidades, 26, 139–164.
- Villalba y Olivella, M.A. (2023). El asistencialismo religioso femenino de las Hijas de la Caridad y el hospital militar de Barcelona. [Tesis doctoral, Universitat Abat Oliba CEU].

La enfermería parroquial como realidad histórica del cuidado

Borja García Blas*, Crispín Gigante Pérez y Rubén Mirón González
Universidad de Alcalá.
*borja.garciab@uah.es

Introducción

La Enfermería parroquial compone una realidad en cuanto al tratamiento y dotación del cuidado. Las enfermeras parroquiales, fruto de una evolución y reivindicación histórica, dotan a la persona de un cuidado íntegro y completo de todas las dimensiones que la componen (King, 2011); junto con un desempeño importante del cuidado comunitario (Dyess & Chase, 2012). Incluso, consolidando la disciplina enfermera mediante el uso del sistema NANDA para las intervenciones en su desempeño profesional (Solari-Twadell & Hackbarth, 2010).

No obstante, la formación de las enfermeras parroquiales desde una perspectiva holística del cuidado se traduce en hechos influyentes en el abordaje de la salud desde un punto de vista de la promoción de la salud (PS) (King & Tessaro, 2009). Su influencia en la comunidad, junto con un cuidado activo a sus integrantes, se deja sentir en distintos programas e intervenciones dirigidas a aumentar la salud de la población. Todas ellas mediante programas como mejora de la salud cardiovascular (Cooper & Zimmerman, 2017). Así como programas para la mejora de la nutrición (Gotwals, 2018).

La metodología utilizada corresponde a la investigación historiográfica mediante revisión narrativa, a través de bases de datos, con el uso de palabras clave en

español e inglés. Sin limitación cronológica y acceso abierto, junto con suscripción de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá (BUAH). Las fuentes secundarias utilizadas han sido Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo, Scopus y WOS.

El objetivo general del presente estudio es demostrar la influencia de las mujeres religiosas en el desarrollo del cuidado espiritual como realidad disciplinaria de la Enfermería. El objetivo específico ha sido demostrar la importancia de la Enfermería parroquial en la promoción de la salud mediante el cuidado espiritual, como resultado de su evolución histórica.

Desarrollo

La Enfermería parroquial contó con unos antecedentes situados en las primeras diaconisas derivadas de la instauración del cristianismo en el Imperio romano hacia el siglo IV. Sus funciones de auxilio y cuidados ya eran mencionadas en los textos bíblicos, como en la Epístola de Paulino a Timoteo (5,6) (Bullough & Bullough, 1987). Sus funciones se basaban en visitar al enfermo en su casa (Faus Gabandé, 2011).

No obstante, se debería esperar hasta el siglo XIX para una culminación del cuidado profesional, aunque la pervivencia y extensión de este cuidado espiritual no pasó por alto. La continuación de la práctica de cuidado con influencia directa de la Religión se dejó sentir en países con más raíz religiosa protestante, lo que hoy deriva en una especialidad de Enfermería llamada Enfermería parroquial. El nacimiento de esta rama de la disciplina enfermera tiene sus orígenes en las diaconisas alemanas mediante su fundador Teodoro Fliedner (1800-1864), el cual asentó la primera "casa madre" en Kaiserswerth, Düsseldorf.

Las funciones de estas primeras mujeres descansaban en la atención pastoral y el cuidado domiciliario de enfermos, sin aceptar los votos religiosos y pertenecientes a las clases altas de la sociedad. La forma novedosa en la que las diaconisas proyectaban su cuidado centrado en el espíritu de la persona tuvo una repercusión significativa a lo largo de Europa y en Estados Unidos. En suelo americano se asentaron en torno al 1880 y 1895 en Baltimore (Siles González, 2011).

No obstante, años más tarde, la Iglesia protestante de Estados Unidos promovió la secularización de la Enfermería, con un alejamiento de los cuidados espirituales.

Aunque, se debería esperar a la década de los sesenta del siglo XX, cuando las diaconisas parroquiales se centraron en el cuidado en el lecho de muerte de las personas.

A lo que Granger Westberg (1913-1999), un clérigo luterano, marcó en 1984 una diferencia esencial en la formación y desarrollo de la disciplina enfermera. Westberg promocionó la especialización de las diaconisas en forma de Enfermería parroquial para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Este avance en la formación de las diaconisas, y en general de las enfermeras, supuso ser un movimiento interconfesional, por lo que estandarizó la educación de las diaconisas extendiéndolo como posibilidad formativa de todas las enfermeras. Aunque, se debe especificar, que la Enfermería parroquial no se acreditó como una verdadera especialidad hasta 1997 mediante su publicación en la Asociación Estadounidense de Enfermeras en 1998 (Kreutzer, 2010.p.135-146).

La Enfermería parroquial, por lo tanto, se estabilizó, de la mano de Westberg, como realidad en Estados Unidos mediante la creación del Centro Internacional de Recursos de Enfermería Parroquial, llamado en inglés International Parish Nurse Reosurce Centre (Clark & Orson, 2000). Este organismo definió a las enfermeras parroquiales, actualmente llamadas enfermera de fe comunitaria, en inglés, faith community nurse, como enfermeras colegiadas que trabajan por y para la salud de los grupos de individuos creyentes en la comunidad. Aunque, las enfermeras parroquiales también dirigían sus acciones de cuidados a miembros no circunscritos a ninguna fe, con un objetivo de salud comunitaria (Clark & Olson, 2000. Centro Internacional de Recursos de Enfermería Parroquial, 2009).

Las funciones de las enfermeras parroquiales incluían consejos de educación, consejos sobre salud, mediación en grupos de apoyo o voluntariado de fe entre otros. Todas ellas potenciaban o trabajaban sobre los determinantes sociales, físicos y espirituales de los individuos, familias y comunidades (Holstrom, 1999; Buijs & Olson, 2001). La Enfermería parroquial, añade Sandra L. McGinnis y Frances M. Zoske (2008), conformó una herramienta social para el acceso de las personas al sistema de salud sin posibilidades económicas; junto con asesoramiento y gestión de su salud.

Incluso, en PS, la Enfermería parroquial jugó un papel clave, con una estrecha

relación de la fe con la salud. Linda Flynn (2001) propuso un modelo de PS en base a principios cristianos con fuentes directas de las escrituras bíblicas y correlación de base científica. Los principios regentes en el modelo de Flynn, recogidos en la Biblia con una supeditación a Dios, eran: reconocimiento de la persona, cuidado y apoyo a las personas, reducción de la ansiedad y balance y moderación en la vida.

Posteriormente, el modelo socioecológico de PS hizo hincapié en la importancia de las enfermeras parroquiales mediante el desarrollo de programas potenciadoras de la PS llamados programas de capacitación basados en la fe, en inglés, Faith-Based Health Training Program. Estos programas se remontan al año 2010 desde el Departamento estadounidense de Salud y servicios sociales, con la meta del incremento de años de vida y eliminación de desigualdades de salud. Se compusieron en base a distintas metas, con un objetivo claro de desarrollar un sentimiento de hermandad entre las enfermeras parroquiales, sacerdotes y los profesionales de la salud para ejercer una PS conjunta en la comunidad. Su objetivo principal era crear un espacio común entre individuos de distintas creencias religiosas sobre salud (Kotecki, 2002).

Conclusiones

La Enfermería parroquial conformó una herramienta social para el acceso de las personas al sistema de salud sin posibilidades económicas; junto con asesoramiento y gestión de su salud (McGinnis &Zoske, 2008). De forma concreta, se refleja un interés en la proyección que la Enfermería parroquial infunde para la PS en las comunidades. La intervención de las enfermeras parroquiales surge desde los programas basados en la fé, llamados faith-based programs. Programas seguidos y desarrollados por la Enfermería parroquial incorporando aspectos religiosos como textos bíblicos, para el cuidado espiritual. Los programas basados en la fe conducen mejoras en las personas tanto en sus dietas como en sus hábitos de ejercicios; sobre todo en población en donde los recursos eran limitados (Koenig et al, 2012).

Referencias bibliográficas

- Bullough, B., & Bullough, V. L. (1987). OUR ROOTS: WHAT WE SHOULD KNOW ABOUT NURSING'S CHRISTIAN PIONEERS. Journal of Christian Nursing, 4(1), 10-14. https://doi.org/10.1097/00005217-198704010-00004
- Buijs, R., & Olson, J. (2001). Parish Nurses Influencing Determinants of Health. Journal of Community Health Nursing, 18(1), 13-23. https://doi.org/10.1207/S15327655JCHN1801_02
- Clark, M., & Olson, J. (2000). Nursing within a faith community: Promoting health in times of transition. Thousand Oaks.
- Centro Internacional de Recursos de Enfermería Prroquial. (2009). Hoja informativa de Enfermería Parroquial. http://www.parishnurses.org/DocumentLibrary/Parish%20Nursing%20Fact%20Sheet.pdf.
- Cooper, J., & Zimmerman, W. (2017). The effect of a faith community nurse network and public health collaboration on hypertension prevention and control. Public Health Nursing, 34(5), 444–453. https://doi.org/10.1111/phn.12325
- Dyess, S., & Chase, S. K. (2012). Sustaining health in faith community nursing practice. Holistic Nursing Practice, 26(4), 221–227. https://doi.org/10.1097/hnp.0b013e318258527c
- Faus Gabandé, F. (2011). La asistencia y hospitalidad a pobres, enfermos y peregrinos en la Baja Edad Media en el Camino Real de Valencia a Zaragoza. Universidad de Valencia.
- Flynn, L. (2001). A Christian Model of Health Promotion: Journal of Christian Nursing, 18(1), 31-33. https://doi.org/10.1097/00005217-200118010-00010
- Gotwals, B. (2018). Self-efficacy and nutrition education: A study of the effect of an intervention with faith community nurses. Journal of Religion and Health, 57(1), 333–348. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0465-2
- Holstrom, S. (1999). Perspectives on a suburban parish nursing practice. En P. SolariTwadell & M. McDermott, Parish nursing: Promoting whole persona health within faith comunities (pp. 66-74). Thousand Oaks.
- King, M. A. (2011). Parish nursing. Holistic Nursing Practice, 25(6), 309–315. https://doi.org/10.1097/hnp.0b013e318232c5e0
- King, M. A., & Tessaro, I. (2009). Parish nursing. Journal of Christian Nursing, 26(1), 22–24. https://doi.org/10.1097/01.cnj.0000343922.78680.fb
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry, 2012, 1-33. https://doi.org/10.5402/2012/278730

- Kotecki, C. N. (2002a). Developing a Health Promotion Program for Faith-Based Communities: Holistic Nursing Practice, 16(3), 61-69. https://doi.org/10.1097/00004650-200204000-00011
- Kreutzer, S. (2010). Nursing Body and Soul in the Parish: Lutheran Deaconess Motherhouses in Germany and the United States. Nursing History Review, 18(1),
- 134-150. https://doi.org/10.1891/1062-8061.18.134
- McGinnis, S. L., & Zoske, F. M. (2008). The Emerging Role of Faith Community Nurses in Prevention and Management of Chronic Disease. Policy, Politics, & Nursing Practice, 9(3), 173-180. https://doi.org/10.1177/1527154408322560.
- Shores, C. (2014). Spiritual interventions and the impact of a faith community nursing program. Issues in Mental Health Nursing, 35(4), 299–305. https://doi.org/10.3109/01612840.2014.889785
- Siles González, J. (2011). Historia de la Enfermería. DAE.
- Solari-Twadell, P., & Hackbarth, D. P. (2010). Evidence for a new paradigm of the ministry of parish nursing practice using the nursing intervention classification system. Nursing Outlook, 58(2), 69–75. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.003

Conferencias y ponencias

3

Enfermería en contextos de conflicto y guerra



Cuidar y vigilar: rol de las enfermeras frente a la sífilis en la Guerra Civil

Ana Isabel Ganso Pérez[1], M.ª Eugenia Gómez de Enterría Cuesta[2], Martín Jesús Gutiérrez Morán[3], Mario Amo Blanco[4], Susana Santiago Fernández[5].

1 Matrona. Centro de Salud Circunvalación. Área Este Atención Primaria Valladolid.

2 Matrona. Centro de Salud Laguna de Duero. Área Oeste Atención Primaria Valladolid.

3 Enfermero. Unidad de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

4 Enfermero. Unidad de Traumatología. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

5 Enfermera. Unidad de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción

La lucha contra las enfermedades ha sido una de las principales preocupaciones de la humanidad a lo largo de los tiempos.

En los conflictos armados, las enfermedades venéreas, entre ellas la sífilis, han cobrado especial relevancia, ya que han sido la causa en numerosas ocasiones de bajas tanto de población civil como de combatientes. La Guerra Civil española, no fue la una excepción.

La sífilis es una enfermedad venérea que, desde finales del siglo XV tras su difusión por Europa, ha sido vinculada frecuentemente a comportamientos sexuales considerados socialmente inapropiados.

Esta consideración influyó en la forma en que se proyectaron las políticas destinadas a su manejo y control dentro del ámbito sanitario. (Peláez, 1990; Bolea, 2004).

Debido a las peculiaridades de esta enfermedad, su gestión a lo largo de los distintos momentos históricos se ha articulado entre los campos de la medicina, el control social y la moralidad, coexistiendo las apreciaciones morales de la sexualidad junto a las prácticas médicas que surgieron como respuesta de las instituciones sanitarias ante los problemas ocasionados por su presencia en la población.

La llegada de la medicina preventiva y el progreso del pensamiento higienista al inicio del siglo XX, impulsaron nuevas medidas estratégicas con la finalidad de disminuir la transmisión de las enfermedades infecciosas.

Este contexto propició el abordaje de la sífilis desde la perspectiva de la salud pública que concedía gran consideración al diagnóstico precoz, al tratamiento sistemático de los pacientes y, sobre todo, a la prevención.

Los programas de vigilancia sanitaria y las campañas educativas adquirieron



Figura 1: Albrecht Dürer. (1496). The Syphilitic Wellcome Collection https://wellcomecollection.org/works/pt87tf6m



Figura 2. Ramon Casas. (ca. 1900). "A woman representing syphilis; advertising Dr Abreu's sanatorium for syphilitics in Barcelona". Wellcome Collection.

de ese modo un papel importantísimo dentro de las políticas sanitarias. (Castejón et al., 2006).

Las condiciones de vida de los soldados durante los conflictos bélicos, entre las que destacaba la precariedad de las condiciones higiénicas, la masificación de personas en espacios reducidos y la constante movilidad, fomentaban la propagación de infecciones, por lo que aumentó la preocupación por todo aquello relacionado con las enfermedades venéreas. Por otra parte, la existencia de tramas de prostitución en los alrededores de los frentes aumentaba el peligro de transmisión entre los soldados. (Becerra et al., 2005).

En la Guerra Civil española, surgieron cuantiosos problemas originados por la proliferación de enfermedades venéreas, que tuvieron que ser abordados por las autoridades sanitarias, debido a la necesidad de mantener la capacidad operativa de las tropas.

Por ello, se implementaron tácticas orientadas a manejar las diferentes patologías que ocasionaban invalidez e incapacidades temporales entre los soldados. (López & Gavilán, 1998). En este contexto, la sífilis protagonizó un reto sanitario destacado.

Para combatir la enfermedad, se adoptan diferentes medidas, como la organización de campañas informativas, la instauración de dispensarios especializados y la implantación de revisiones médicas orientadas a detectar procesos de infección.

El tratamiento y control de la sífilis estuvieron regulados por normativas militares y civiles orientadas a la profilaxis, el aislamiento y la vigilancia sanitaria. Estas regulaciones otorgaron a las enfermeras un papel esencial, no sólo en la asistencia directa a los pacientes en los hospitales militares, dispensarios y servicios sanitarios de retaguardia sino también en la vigilancia sanitaria y la divulgación de prácticas preventivas. (Atenza Fernández et al., 2019).

El objetivo de este trabajo es analizar el papel desempeñado por las enfermeras en la atención y control de la sífilis durante la Guerra Civil española, prestando especial atención a los cuidados, las medidas de prevención y las estrategias de vigilancia sanitaria que marcaron la gestión de esta enfermedad durante la Guerra Civil española.

La metodología empleada consiste en un estudio historiográfico con enfoque cualitativo y perspectiva de género.

Desarrollo

Hasta la aparición de la penicilina, la sífilis era una enfermedad de difícil tratamiento, crónica y muy habitual en los ejércitos, por lo que, durante la Guerra Civil española, surgieron campañas de vigilancia basadas en la experiencia acumulada en las diferentes guerras anteriores.

Antes de la guerra, en España ya existían reglamentos sanitarios sobre profilaxis de enfermedades venéreas y prostitución[1]. La creación de las "Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas"[2] en 1918, fomentó la creación de dispensarios especializados el diagnóstico[3] y tratamiento de enfermedades venéreas, ordenanzas e inspecciones sanitarias para vigilar los focos de contagio relacionados con la prostitución o la falta de aislamiento.

Esta organización administrativa permaneció en 1936, pero durante el transcurso de la guerra, surgieron numerosos cambios para adaptarse a la situación cambiante que supuso esta etapa.

La necesidad de proteger a las tropas en ambos bandos influyó en gran medida en las propuestas de control de la sífilis, así como en la regulación de la prostitución.

En la zona republicana se propusieron cambios sobre prostitución, sexualidad y enfermedades venéreas vinculados a la educación y reforma social, mientras en la zona sublevada, se decantaron por el control femenino, la disciplina moral y la asistencia militar.

Surgen nuevas estrategias para luchar contra las sífilis enfocadas en la educación sanitaria y la prevención que ocuparon un papel primordial.



Figura 3: Cartel que promovía hábitos de higiene entre las tropas durante la Guerra Civil Española. Xsierrav. (2016, enero 15). Carteles sanitarios de la Guerra Civil Española (1936–1939).

El objetivo de las autoridades sanitarias fue la difusión de información sobre la enfermedad con la finalidad de promover la prevención y reducir la transmisión de la infección.

Para ello se iniciaron campañas de educación sanitaria que utilizaron como apoyo diferentes recursos de comunicación, como folletos, carteles, publicación de artículos en revistas en los que se recomendaba evitar situaciones de riesgo y cuidar la higiene personal.

El mensaje que se quería transmitir era la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz, así como la trascendencia de conocer las consecuencias de las enfermedades venéreas para las personas y la sociedad.

Según Castejón et al. (2006), estas iniciativas buscaban "movilizar a la población en torno a la prevención de las enfermedades venéreas" (p. 418).



Figura 4: Cartel de prevención de enfermedades venéreas durante la Guerra Civil Española. Francisco Rivero Gil. (1936–1939). ¡Atención! Las enfermedades venéreas amenazan tu salud. ¡Prevénte contra ellas! [Cartel]. Museum of Modern Art. https://www.moma.org collection/works/5335



Figura 5: Cartel sanitario de prevención de enfermedades venéreas durante la Guerra Civil Española. Xsierrav. (2016, enero 15). Carteles sanitarios de la Guerra Civil Española (1936–1939).



Figura 6: Cartel sanitario sobre enfermedades venéreas durante la Guerra Civil Española. España. Ministerio de Cultura y Deporte. Centro Documental de la Memoria Histórica. (s. f.). Siempre alerta: las 3 temibles balas: blenorragia, chancro blando, sífilis [Cartel]. PS CARTELES, 981.



Figura 7: Cartel que promovía hábitos de higiene entre las tropas durante la Guerra Civil Española. Xsierrav. (2016, enero 15). Carteles sanitarios de la Guerra Civil Española (1936–1939).

En estas actividades educativas, las enfermeras realizaron un importante trabajo, gracias a que el contacto directo con los pacientes favorecía la transmisión de conocimientos sobre higiene personal y prevención de enfermedades contagiosas y reforzaba las directrices de salud pública que se implantaron durante el conflicto. Sus funciones de colaboración tanto en el seguimiento clínico de los pacientes, como en el control epidemiológico permitían mejorar la eficacia de las estrategias sanitarias implantadas durante la guerra e identificar los posibles focos de contagio. (Pérez, 2025).

Las enfermeras también fueron las encargadas de la atención clínica, y de velar por el bienestar de los pacientes afectados.

En esa época, para el tratamiento de la sífilis estaba indicado el uso de compuestos arsenicales, como el Salvarsán, cuya preparación requería no sólo conocimientos específicos, sino también una vigilancia continuada para detectar de forma precoz la aparición de efectos adversos, por lo que las enfermeras asumían la responsabilidad de preparar las dosis, administrar y supervisar el tratamiento. (Afonso et al., 2022).



Figura 8: Neosalvarsán (compuesto 914) como evolución del Salvarsán. Tomado de El 606 o Salvarsán, por J. L. Fresquet (s. f.), https://www.historiadelamedicina.org/



Figura 9: Fresquet, J. L. (s. f.). El 606 o Salvarsán. https://www.historiadelamedicina.org/

Además de administrar el tratamiento farmacológico, las enfermeras suministraban cuidados orientados a mejorar el estado general de los pacientes. Entre sus actividades habituales se encontraban la desinfección de lesiones, realización de curas y la valoración complicaciones.

La importancia de estas tareas aumentaba debido a las condiciones especiales del conflicto bélico, entre las que destacaba la elevada carga asistencial y la carencia de recursos, siendo esencial el trabajo de las enfermeras para favorecer la recuperación de los enfermos y garantizar la atención sanitaria (Lorente Montané, 2024).

Desde el punto de vista del género, si analizamos las políticas sanitarias relacionadas con la sífilis podemos ver la organización de la asistencia está influenciada por los discursos sociales sobre la sexualidad, que combinan salud pública y moralidad intentando ejercer un control ideológico sobre el cuerpo femenino.

Las enfermedades venéreas fueron interpretadas teniendo en cuenta planteamientos morales que responsabilizaban a determinados colectivos de su transmisión (Bolea, 2004).

Las mujeres vinculadas a la prostitución fueron objeto de una vigilancia sanitaria más estricta. Las inspecciones médicas obligatorias y los registros sanitarios reflejan la tendencia a considerar a estas mujeres como principales responsables de la propagación de la enfermedad (Becerra et al., 2005).

Por otra parte, el tratamiento de los soldados infectados se centraba en su recuperación para que estos retomaran cuanto antes sus funciones militares. Esta orientación pone en evidencia como el género influye directamente en las políticas sanitarias del momento. (López & Gavilán, 1998; Atenza Fernández et al., 2019).


Las víctimas de la prostitución tienen desde ahora franco el camino para redimirse.

Figura 10: Propaganda sobre la redención de la prostitución durante la Guerra Civil Española. Tomado de Las víctimas de la prostitución tienen desde ahora franco el camino para redimirse (noviembre de 1936), revista Crónica, Biblioteca Nacional de España.

Las enfermeras ocupaban una posición ambivalente dentro del sistema sanitario, ya que no sólo desarrollaban funciones asistenciales basadas en el cuidado de los pacientes, sino que participaban en las medidas de vigilancia sanitaria. (Galiana-Sánchez & Bernabeu-Mestre, 2011)

Esta situación, describe como la regulación de la sexualidad se mezcla con las estrategias de control sanitario reflejando los discursos higienistas y moralizadores de medicina social de la primera mitad del siglo XX, (Bolea, 2004; Peláez, 1990; Castejón et al., 2006).

La dimensión organizativa de los servicios sanitarios también es un aspecto relevante en el análisis histórico de la lucha contra las enfermedades venéreas, ya que la asistencia sanitaria requería una adaptación constante de los recursos disponibles, lo que supuso la reorganización de dispensarios4, hospitales y servicios de atención en función de las necesidades epidemiológicas. (Atenza Fernández et al., 2019; López & Gavilán, 1998).

Las enfermeras desempeñaron un papel fundamental como intermediarias entre la práctica habitual de los cuidados y las decisiones médicas. (Galiana-Sánchez & Bernabeu-Mestre, 2011). No solo ejecutaban las indicaciones terapéuticas prescritas por los médicos, sino que también contribuían a garantizar la atención cuando la demanda asistencial era elevada y los recursos escasos. (Lorente Montané, 2024).

Conclusiones

El trabajo de las enfermeras durante la guerra Civil española fue fundamental para garantizar la gestión sanitaria de la sífilis, ya que no sólo aplicaban medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad, sino que fueron responsables del cuidado directo de los pacientes y de la administración de tratamientos, desarrollando su actividad en diferentes espacios, como dispensarios especializados, hospitales militares y centros sanitarios de retaguardia

Desde una perspectiva historiográfica, el análisis del papel de las enfermeras en la lucha contra la sífilis durante la Guerra Civil española permite entender cómo los cuidados sanitarios se situaron entre la prevención epidemiológica, la asistencia clínica, y el control social.

Las futuras líneas de investigación pueden orientarse hacia el análisis de fuentes documentales procedentes de archivos hospitalarios, militares y administrativos con la finalidad de reconstruir las prácticas asistenciales desarrolladas por las enfermeras durante este periodo histórico de forma más precisa.

Referencias bibliográficas

- Afonso, M. R. P., Silva, M., Peres, Á. A., Isabel, P. D., & Cunha-Oliveira, A. (2022). Preparados curativos aplicados por sanitarios al sifilítico: Un recorrido histórico (s. XVI–XXI). Temperamentvm, e18038d.
- Atenza Fernández, J., Mirón González, R., & Díaz Díaz, B. (2019). Asistencia sanitaria y salud pública en Talavera de la Reina durante la Guerra Civil (1936–1939). Asclepio, 71(2), e282. https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.20
- Becerra, E., Bello, M. A., Campos, X., & Leyton, C. (2005). Guerra, prostitución y sífilis: Una sombra en el siglo XX. Revista Chilena de Estudiantes de Medicina, 4(1), 43–47.
- Bolea, R. C. (2004). Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. Asclepio, 56(2), 223–242.
- Castejón, R., Perdiguero, E., & Ballester, R. (2006). Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección de la salud materno-infantil (1900–1950). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 13, 411–437.
- Galiana-Sánchez, M. E., & Bernabeu-Mestre, J. (2011). Género y desarrollo profesional: Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras (1925–1939). Dynamis, 31(1), 201–225.
- Lorente Montané, M. (2024). El papel y la contribución de la profesión enfermera durante la Guerra Civil española (1936–1939) (Trabajo de fin de grado). Universitat Pompeu Fabra. https://repositori.upf.edu/
- López, J. B., & Gavilán, M. G. (1998). La sanidad militar y las enfermedades infecciosas. Medicina Militar, 54(4), 233–236.
- Ministerio de la Gobernación. (1918, 16 de marzo). Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas. Gaceta de Madrid, (75), 646–648.
- Peláez, R. A. (1990). Medicina y moral sexual en la España de preguerra. Asclepio, 42(2), 201–210.
- Pérez, J. A. M. (2025). Las enfermedades venéreas durante la Guerra Civil (1936–1939). RIECS, 10(1), 84–88.

Enfermeras de la Clínica de la Cruz Roja de Figueres durante la Guerra Civil española

Alicia Rey Miguel
Enfermera de la Fundació Salut Empordà

El golpe de estado militar, en julio de 1936, dio paso a tres años de Guerra Civil en España (en adelante GC). Durante el conflicto bélico y sobre todo al final de la contienda, la derrota republicana provocó un éxodo masivo de personas, miles de refugiados y desplazados, considerándose uno de los mayores movimientos de personas del siglo XX. La derrota en la batalla del Ebro, supuso el inicio de la caída de Cataluña. Figueres, al inicio de la contienda, a pesar de ser la capital de una comarca esencialmente agrícola con 15.000 habitantes en 1936, era una pequeña ciudad mercantil y de servicios. La Guernika catalana, como se denominó a Figueres, bombardeada hasta en 18 ocasiones entre 1938 y 1939 y donde la aviación franquista asesinó a más de 300 personas y destruyó 560 edificios de la localidad, se convirtió a finales de enero y primeros de febrero de 1939, en uno de los últimos reductos de las autoridades republicanas. Acogió a los máximos responsables de tres gobiernos: el presidente de la República, Manuel Azaña, el de la Generalitat, Lluís Companys, lehendakari José Antonio Aguirre y el presidente del Gobierno Juan Negrín. Instalándose en diferentes pueblos ampurdaneses para poder estar cerca de la frontera por si era necesario irse de forma precipitada. Los franquistas durante toda la retirada aplicaron la lógica de guerra con bombardeos sobre los que huían hacia la frontera. A pesar de la intensidad de los bombardeos y el caos de la huida, el 1 de febrero en el castillo de San Fernando, se celebró la última reunión

antes del exilio.

Rubén Mirón explica en su trabajo "La enfermería en el exilio republicano español de 1939 a Francia" que desde enero hasta febrero de 1939 atravesaron la frontera pirenaica cerca de medio millón de refugiados republicanos españoles, movimiento poblacional conocido como la "Retirada". El colectivo enfermero fue el grupo profesional sanitario más numeroso, aunque no hay muchas investigaciones que hablen de su tarea, al entrar en juego variables como el género. Textos como los de la enfermera Fanny Bré de las brigadas internacionales, dan visibilidad a la tarea de las enfermeras.

La Clínica de la Cruz Roja (en adelante CCR), fue uno de los recursos sanitarios de los que disponía Figueres en la GC, se instaló en la calle Monturiol nº9, en el edificio propiedad de la familia Roger. A los nueve días del estallido de la GC, el gobierno confiscó el Hospital de Caridad de Figueres, que era una fundación civil, para destinarlo a Hospital Militar y por ese motivo, se trasladaron los pacientes civiles a la CCR. Por aquel entonces y debido a la guerra, la Clínica aumentó el material médico en calidad de depósito, por aportaciones hechas por el Comité antifascista y por el propio Ayuntamiento. A finales de 1936, en el mismo local de la clínica, se inauguró un hospital de sangre. El 8 de junio de 1938, se produjeron los dos primeros y terribles bombardeos en un mismo día por parte de la aviación nacional y por ese motivo, la Clínica se trasladó a la Casa de Can Massanet, en Vilafant, hasta enero de 1939, que regresó a la calle Monturiol. En 1940, la propietaria del edificio, la Sra. Carmen Roger, pidió al gobierno civil de Girona que se le devolviera la casa. En febrero de 1943, la CCR tuvo que desalojar el edificio por orden gubernamental.

El objetivo de este trabajo es recuperar la historia de las enfermeras que trabajaron durante la Guerra Civil en la Clínica de la Cruz Roja de Figueres, aplicando una metodología de corte histórico descriptivo. La investigación se articula a partir de fuentes primarias consultadas (Archivo Comarcal de l'Alt Empordà, Archivo Histórico de la Ciudad de Figueres, registros eclesiásticos de la Iglesia de Sant Pere y hemeroteca local) así como fuentes secundarias (bibliografía).

Los resultados se basan en cinco certificados de trabajo, emitidos por el Ayuntamientos que indican: nombre, gentilicio, dirección, edad, estado civil, destino y remuneración. Los datos de los certificados de trabajo, encontrados en el Archivo

Comarcal, se han podido cruzar con otros de carácter hemerográfico. Tres de las cinco enfermeras, tienen una ficha en el Centro Documental de Memoria Histórica de Salamanca.

Los nombres de las cinco enfermeras vinculadas a la CCR son: Consuelo Rovira Vilart. De Consuelo solo disponemos de los datos del certificado mencionado anteriormente. Era natural de Olot, de 26 años en 1937 y soltera.

Eulalia Serra Tutau. Nació en Figueres en 1908, en 1937 tenía 25 años y su estado civil era soltera. Los padres de Eulalia eran Joan Serra (1878-1927) y Dolors Tutau (1888-1949). Se casó después de la guerra, en julio de 1949 con Luis Saguer Reig. En los archivos de la Parroquia de Sant Pere, triangulando datos entre los libros sacramentales de matrimonios y bautizos, consta que Luis Saguer, de 61 años, era viudo y con un hijo cuando se casaron y que ellos dos no tuvieron descendencia. No se ha localizado la fecha de defunción.

Teresa Dalmau Iglesias. Nació en Figueres en 1919, en 1937 tenía 17años y su estado civil era soltera. Teresa tiene una ficha abierta en el Centro Documental de Memoria Histórica donde explica que tiene 18 años, natural de Figueres, enfermera y afiliada a la Confederación Nacional del Trabajo (C.N.T.). En 1954 abre en Figueres un establecimiento alimentario dedicado a alimentación de régimen o dietética. Fallece el 21 de mayo del 2009 en Figueres, a la edad de 89 años

Josefa Fábrega Sadurní. Nació en Figueres en 1898, en 1937 tenía 38 años y su estado civil era divorciada. Josefa tiene también una ficha abierta en el Centro Documental de Memoria Histórica donde solo indica que era enfermera de la Cruz Roja y solicita que se le devuelva un aparato de radio. Tenía dos hermanas, Paulina y Juli. En 1937 donó dinero para los presos de la C.N.T. Se vuelve a casar y enviuda en 1954 y en la esquela está el nombre de Teresa Viñas, como hija o hijastra de Josefa. No se han encontrado datos de su defunción.

Dolores Giró Morente. Natural de Santiago de Chile, nació el 28 de septiembre de 1915 en Valparaíso. En 1937 tenía 22 años y su estado civil era soltera. A partir de 1920, los funcionarios del Ayuntamiento, empezaron a rellenar fichas de personas con datos del empadronamiento y están el Archivo Municipal de Figueres. El padre de Dolores se llamaba Juan y nació en Siurana y su madre Franca nació en Chile. Tiene a su nombre una ficha en el Centro Documental de Memoria Histórica

donde indica que perteneció a sanidad del Ejército Republicano y que estaba afiliada a la C.N.T. Emigró a Francia donde murió el 25 de mayo de 1993 a la edad de 77 años, en Toulouse, Haute-Garonne, Mediodía-Pirineos, Francia. Tuvo descendencia ya que en la esquela así lo indica, pero no han sido localizados. Concluimos, que los certificados de trabajo municipales, han permitido identificar a cinco mujeres que trabajaron como enfermeras asalariadas en la CCR de Figueres, uno de los enclaves fundamentales en la atención a pacientes civiles y heridos militares, al final de la Guerra Civil española. Como muchas de las enfermeras de los dos bandos, estaban comprometidas políticamente. Teresa y Dolores estaban afiliadas a la C.N.T. Dolores formó parte en Francia del exilio republicano. Ninguna de estas cinco mujeres, continuaron trabajando como enfermeras después del conflicto bélico. La vida de estas mujeres cambió significativamente después de vivir situaciones extremas. El papel desempeñado por las enfermeras durante la guerra, es clave para entender la historia de la profesión enfermera y superar la subordinación de género en el relato sanitario. El relato histórico ha tendido a invisibilizar sus aportaciones.

Referencias bibliográficas

- Ayuntamiento. Comisión Municipal Permanente. (1953, 18 de noviembre). Ampurdán: semanario comarcal de F.E.T. y de las J.O.N.S., p.2.
- Bernils i Mach, J. M. (1997). 100 anys de la Creu Roja de Figueres. Brau.
- Cárdava M. (2013). Figueres i la guerra civil, 1936-1939. Ann Inst Est Empordanesos; 44.
- Colomer i Casamitjana, J. (Coord.) (2013). 700 anys de l'Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà.
- Creu Roja celebra els 100 anys a Figueres i edita un llibre de memòries, La. (1997, 22 de abril). Hora Nova: periòdic independent de l'Empordà, p. 5.
- Defuncions. (2009, 29 de mayo). Hora Nova: periòdic independent de l'Empordà, p.46.
- Entidades Benéficas. Hospital de la Caridad. (1964, 29 de abril). Ampurdán: semanario comarcal de F.E.T. y de las J.O.N.S., p.27.
- Esquela. (1954, 24 de noviembre). Ampurdán: semanario comarcal de F.E.T. y de las J.O.N.S., p.5.
- Federación Local de Sindicatos Únicos de Figueras. Suscripción pro-presos de la C. N. T. (1937, 23 de julio). Vibraciones: semanario del movimiento libertario del Alto Ampurdán, p.2.
- Juzgado Comarcal de Figueras. Movimiento demográfico del día 25 de julio al 7 de agosto. Matrimonios. (1949, 17 de agosto). Ampurdán: semanario comarcal de F.E.T. y de las J.O.N.S., p.6.
- Mirón González R. (2020). La enfermería en el exilio republicano español de 1939 a Francia: una aproximación para su estudio. Dynamis;40(1).
- Movimiento de Población. Nacimientos. (1908, 15 de febrero). El Figuerense, periódico independiente. Defensor de los intereses generales de la comarca ampurdanesa, p.63.
- Muela M. (2019). Las instituciones republicanas en el exilio. Cuadernos Republicanos. Nº 100.
- Moviment de Població. Registre Civil. Neixements del 29 de novembre al 26 de desembre de 1919. (1919, 27 de diciembre). La Veu de l'Empordà: setmanari portaveu del "Centre Catalanista de Figueres", p.5.
- Pujol i Casademont, E. (2019). Figueres la Guernika catalana: Els bombardeigs de Figueres durant la Guerra Civil (1938–1939). Efados.

- Sadurní Bassols C, Gallego Caminero G, Galbany Estragués P. (2023). Fanny Bré in the Spanish Civil War (1936–1939): the meaning of nursing care in the international brigades. Nurs Inq.doi:10.1111/nin.12559.
- Serrallonga i Urquidi J. (2004). Refugiats i desplaçats dins de Catalunya en guerra (1936-1939). Base.

Fuentes documentales

- Fitxes del personal treballador municipal de 1937. (1937). Arxiu Comarcal Alt Empordà de Figueres.
- Portal de Archivos Españoles (s. f.). Ficha de Josefa Fábrega Sadurní [Base de datos]. https://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/show/12462153
- Portal de Archivos Españoles. (s. f.). Ficha de Teresa Dalmau Iglesias [Base de datos]. https://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/show/10305033

El precio del compromiso. Enfermeras en las brigadas internacionales de la Guerra Civil Española (1936-39)

Cinta Sadurní Bassols[1]* y Gloria Gallego Caminero[2]

1 Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Grupo de investigación M3O UVic-UCC y Grupo Febe.

2 Profesora colaboradora honorífica, Universitat de les Illes Balears. Grup d'Investigació d'Història de la Salut (GIHS) i Grupo Febe.

*mcinta.sadurni@uvic.cat

Introducción

Aunque la participación de las mujeres en las guerras es muy antigua, la intervención de enfermeras profesionales en Occidente nace a partir de la actuación de Florence Nightingale en Crimea, y se consolida con los desastres que la IGM (1914-1918) y la IIGM (1939-1945), que ocasionan una extraordinaria necesidad de enfermeras laicas. La actuación de estas en la Guerra Civil española (GC en adelante), se sitúa (1936-1939) entre ambos conflictos mundiales; aprovechando la experiencia y los avances del primero y siendo un ensayo para el segundo.

La GC produjo un efecto de llamada internacional. Viajaron a España "más de 240 médicos, 600 enfermeras y enfermeros y 650 camilleros" (Jirku, 1937, p. 8), que se involucraron en las Brigadas Internacionales (BI en adelante) a favor de la II República. No actuaron, como en otras guerras en defensa de sus países. Vinieron cuando se sintieron humanitariamente impelidos a defender sus ideas, viajando a un país que debería ser para ellos "un país lejano del que nada sabían" (Preston, 2003, p 15.)

Al profundizar en las biografías de las mujeres relacionadas con el cuidado de la salud que se involucraron en la GC y en las BI se puso de manifiesto la dureza de las condiciones de vida y trabajo, siempre de mayor gravedad en los ejércitos perdedores. Condiciones que no finalizaron con la GC, allí no acabó el compromiso, y sin renunciar a sus convicciones, muchas continuaron implicadas en la lucha antifascista, tanto involucrándose en la II GM como asumiendo el exilio forzoso. Ese fue el caso de las que estuvieron más comprometidas, así como de aquellas que procediendo de Alemania o de países invadidos por los nazis, no podían regresar a casa, o el de las estadounidenses, con dificultades de repatriación por la "caza de brujas" del senador Maccarthy.

La carencia de estudios sobre el sufrimiento moral, físico y mental de muchas de las mujeres sanitarias que se implicaron en las BI de la GC, nos ha llevado a tratar de identificarlas, indagando en el compromiso, resistencia, vulnerabilidad y consecuencias de su participación. Para ello se ha realizado un análisis histórico y de género, metodológicamente cuantitativo y descriptivo.

Resultados

La muestra está integrada por 98 mujeres que desempeñaron labores relacionadas con la atención a la salud en la GC. La mayor parte de ellas, 88, casi el 90% eran enfermeras tituladas, auxiliares o enfermeras formadas para la GC. Dos de las diez restantes eran médicas, dos estudiaban medicina, una era fisioterapeuta, otra secretaria, otra farmacéutica, una era auxiliar de farmacia, otra técnica de Rx y otra técnica de laboratorio. Las 98 mujeres de la muestra fueron seleccionadas por presentar alguno de los nueve criterios de inclusión. Los criterios seleccionados estaban en relación con del sufrimiento que padecieron: Presentar problemas de salud, tales como enfermar de consideración (34 casos) o embarazo (4 casos), pero la mayor parte de las mujeres fueron incluidas en el estudio por daños derivados de sus convicciones sociopolíticas, como es el caso de las internadas en prisiones y/o campos de concentración en Francia y/o Alemania fundamentalmente (36 casos), de las que sufrieron arresto y tortura en Francia (4 casos), detención en España (1caso), participación en la Resistencia (32 casos), o fueron represaliadas en sus

países (10 casos). Dieciocho de estas mujeres perdieron la vida como consecuencia de su compromiso, diez de ellas asesinadas en campos de concentración nazis en Auschwitz o Ravensbrück.

Los datos obtenidos, verificados y contrastados en lo posible, permiten establece un perfil: 59 eran mujeres jóvenes (entre 23-32 años), 42 tenían ascendencia judía, más de la mitad, 59, eran enfermeras tituladas y 64, estaban afiliadas a un partido político/sindicato, 9 de cada diez al Partido Comunista (PC). Procedían de 20 países: USA (20 mujeres), Alemania (13), Polonia (12), Reino Unido (9), Holanda (9), Rumanía (7), Austria (4), Nueva Zelanda (4), Checoslovaquia (3), Francia (3), España (3), Yugoslavia (2), o Letonia (2). Albania, Australia, Bulgaria, Canadá, Irlanda, Palestina y Suiza están representadas con una mujer.

La participación de las mujeres de ascendencia judía fue importante. De las 98 estudiadas, 42 (un 42,8%) lo eran y entre estas últimas, 25 (un 59,5%) habían tenido que emigrar desde sus países de origen a otros lugares, antes de estallar la GC. La procedencia de las mujeres judías era: 20 USA, 13 Alemania, 12 Polonia, 9 Holanda, 7 Rumania, 4 Austria, 3 Francia, 2 Yugoslavia, 1 Bulgaria y 1 Palestina.

La historia de vida de alguna de ellas ayuda a comprender las dificultades por las que atravesaron, incluso las que consiguieron sobrevivir.

Rachel Szwarcman (Kodén, 1914-Israel 2024)

Raquel fue una enfermera titulada, de origen semita, afiliada al PC y nacida en Polonia. Desde su adolescencia estuvo interesada en el movimiento proletario, afiliándose a los 19 años a la ilegalizada Liga de Jóvenes Comunistas de Bielorrusia Occidental (LJCBO). A principios de 1937, en Białystok, donde trabajaba como enfermera titulada, reorganizó la disuelta sección juvenil del PC (Bez, 1940)1. Sus actividades desde la clandestinidad fueron significativas, fue detenida en seis ocasiones. En julio del 1937, con el visto bueno de la LJCBO y el objetivo de implicarse en las "luchas contra el fascismo" (Szwarcman, 1938, doc. 144b)2 viajó a España, atravesando Checoslovaquia, Austria, Suiza y Francia (Schleifman, 1940)3. En Francia se unió a otras enfermeras y sin poder cruzar la frontera por Portbou, atravesaron los caminos pirenaicos. Llegaron a Catalunya en octubre de 1937 y fueron trasladas hasta la Base de las BI en Albacete (Llopis, 2020). Raquel formalizó su

entrada en el Servicio Sanitario Internacional (SSI) como enfermera y con el grado de soldado fue destinada en el Batallón Dombrowski (Schiborowski & Kochnowski, 2016). Allí conoció a su pareja, el brigadista paraguayo Emiliano Pavía, comisario político de la 129 Brigada Internacional "polaca Dombrowski" (Dalla-Corte, 2017, p. 192). También estuvo en el Hospital nº1 de Albacete, como responsable de enfermería, en el de Benissa (Guerra, 2003, pp. 435-436; Llopis, 2020, p. 142) y en el de Benicàssim (Dalla-Corte, 2017). En abril de 1938, cuando los hospitales de las BI fueron evacuados a Cataluña, fue destinada al Hospital Internacional de Vic hasta setiembre de 1938 (Vogel i Schwartz, s.d.)4. Desde allí una lesión cardíaca obligó su traslado a la casa de reposo de Pins del Vallès (actual Sant Cugat del Vallès) (Característica de Schwartzman, Raquel, 1938)5. Al final de la guerra fue evacuada al Hospital de S'Agaró (Guerra, 2003), donde su directora, la Dra. Braina Rudina Pedanova la describe como una persona "muy seria y muy leal al partido" (Voss, 1939, doc. 223)6, interesada en el trabajo, inteligente, activa y con iniciativa. A principios 1939, aún sin restablecerse, Schwartzman respondió a la petición del PC de España y se inscribió como voluntaria para volver al frente (Belov i Dzerzshinsk, 19407; Voss, 19398). La salida de España no fue fácil, Rachel sufrió la dureza de los internamientos en los campos del sur de Francia, a pesar de los requerimientos de familiares y responsables del PC a la Internacional Comunista para facilitar su evacuación a la URSS. Raquel pasó por Saint Privat, La Barrière y Portel (Szwarcman, 19409; Belov & Dzerzhinsky, 194110). En 1942 pudo reunirse con su pareja, Emiliano Pavía, liberado del campo de Gurs e instalarse en Marsella, donde ambos se integraron a la Resistencia. Rachel, embarazada, actuaba como mensajera y al final de la gestación, al saltar desde una ventana para evitar que la Gestapo la detuviera, se lesionó. Su hijo Rolando nació en el tranvía que la recogió. No podía ser atendida en ningún hospital público y la ingresaron clandestinamente mientras una compañera de partido cuidaba del bebé. En 1944, Emiliano Pavía destinado a París, tuvo que separarse en Marsella de madre e hijo. Poco después Pavía murió (2/07/1944) cuando prisionero, era trasladado al campo de concentración de Dachau (Alemania) (Dalla-Corte, 2017).

Terminada la II Guerra Mundial, Rachel Schwartzman pudo volver a Polonia incorporada al Ministerio de Interior. Tras una estancia en Argentina donde conoce

a su nueva pareja, regresan a Polonia, dejando a su hijo en Argentina. En 1969, ante la crisis económica que se vivía en Polonia y las acciones discriminatorias hacía los judíos (despidos, dificultades para encontrar trabajo, etc.) decidieron emigrar a Israel, donde Rachel murió en 1973 (Lipczak, comunicación personal, 21 de marzo de 2024).

Conclusiones

La escritora norteamericana Frances Patai (1994), una luchadora de la justicia y la libertad, pionera en publicar un artículo sobre las enfermeras norteamericanas de las BI, se basó en entrevistas, y en los documentos de Frederica Martin, quien fue jefa de Enfermeras de las BI11. A partir de entonces, se han venido publicando, trabajos relevantes en diferentes lenguas, pero describir el alcance del dolor y el sufrimiento como consecuencia de la actuación de estas mujeres ha sido obviado.

Los resultados obtenidos nos llevan a seguir investigando en el futuro, a visibilizar sus biografías y a poner de manifiesto el sufrimiento que supuso para muchas de ellas responder al compromiso antifascista que las involucró en España. Al menos 18 pagaron con la vida, otras fueron privadas de la libertad en horribles condiciones, sufrieron daño físico (traumatismos, enfermedades infectocontagiosas) o psíquico (agotamiento, desesperación o suicidio), que no pudieron paliar los periodos de descanso en casas de reposo e incluso llevó a que algunas tuvieran que ser repatriadas en busca de recuperación.

La mayoría de las enfermeras nacionales o internacionales, estaban formadas o se formaron como tales para intervenir a España, pero ninguna formación las ayudó a afrontar las condiciones de una guerra que, para la mayoría de ellas supuso un enorme desgaste físico y emocional. El coste del activismo político y social fue altísimo, fue un medio de participación profesional activa y voluntaria en la lucha antifascista. La satisfacción del compromiso mantenido, en algo palió al daño personal. El sufrimiento padecido por estas mujeres enfermeras o vinculadas a la acción sanitaria, lejos de resultar estéril en términos históricos, puede interpretarse como parte de un proceso de resistencia antifascista que, aunque derrotado en la GC, halló continuidad y reconocimiento en la victoria aliada durante la II Guerra Mundial.

Referencias bibliográficas

- Dalla-Corte Caballero, G. (2017). El brigadista paraguayo Emiliano Paiva Palacios, entre la defensa de la República Española y el campo de internamiento de Gurs, Francia. Temas Americanistas, 38, 177-202. Recuperado 26 de marzo de 2026, en https://revistascientificas.us.es/index.php/Temas_Americanistas/article/view/14484
- Guerra Pérez-Cabral, F. (2003). La Medicina en el exilio Republicano. Universidad de Alcalá de Henares.
- Jirku, G. (1937). Nuestra lucha contra la muerte. El trabajo del Servicio Sanitario Internacional. Servicio Sanitario Internacional.
- Llopis Sendra, R. (2020). Brigadistes. Les Brigades Internacionals a Benissa I Dènia (1937-1938). Universitat de València.
- Patai, F. (1994). Heroines of the Good Fight. Nursing History Review, Volume 3: Official Journal of the American Association for the History of Nursing, 3, 79-104.
- Preston, P. (2003). El contexto europeo y las Brigadas Internacionales. En R. M. Sepúlveda Losa & M. Requena Gallego (coords.) Las Brigadas internacionales: el contexto internacional, los medios de propaganda, literatura y memorias (pp. 15-20). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Schiborowski, I. & Kochnowski, A. (2016). Frauen und der spanische krieg 1936-1939. Eine biografische Dokumentation. Verlag am park

De Lérida a Torre de Querol. Trayectoria de Carmen Segarra Gili, enfermera de guerra

Carme Torres Penella*. Anna Ramió Jofre
Asociació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua catalana.
*carme.torres@udl.cat

Introducción

En mayo de 1936, los cuidados de enfermería de los centros hospitalarios y de asistencia social de la Delegación de la Generalitat de Cataluña en Lleida eran dispensados por las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl que tenían la responsabilidad de forma continuada desde su llegada a la ciudad en 1792. (Tejero,1916) Todo cambia a partir del 18 de julio de 1936 al estallar la guerra civil. El proceso de laicización de los servicios sanitarios y sociales de la administración pública se hace más patente. Al poco de iniciar la guerra, la comunidad religiosa, por seguridad, deja trabajo y convento, hecho que promueve por primera vez desde el siglo XVIII la incorporación de la mujer no religiosa enfermera en los centros públicos de Lleida (Torres, 2010). El objetivo del trabajo es dar a conocer la trayectoria personal y profesional de Carme Segarra, enfermera voluntaria de guerra de Lérida, en su exilio interior catalán acompañando enfermos hasta Francia.



Carmen Segarra Gili, 1938

Las fuentes utilizadas son las de la historia oral directa de Carmen grabada en cinta casete; del entorno familiar, de la serie "Cuánta Guerra" de TV3; documentos personales, archivos y de bibliografía. El método seguido es el relato biográfico (Amezcua, 2006).

Contexto familiar y social de preguerra

Carmen Segarra nació el 16 de enero de 1910 en Lérida, hija de Ramon Segarra y Carmen Gili. Cuando tenía cinco años, Carmen quedó huérfana de padre, y a los once, murió su madre. Tenía una hermana más pequeña, Magda, pero al ser las dos tan jovencitas, fueron a vivir a casas de parientes. Durante la época convulsa de la dictadura de Primo de Rivera, con solo que se oyera una palabra en catalán, había bofetadas de los militares. En la plaza Cataluña de Lérida, al atardecer, salían los jóvenes con banderas separatistas, los militares iban y las retiraban y cada tarde había ruido, pero los jóvenes como ella, no preveían en aquel momento que pudiera desembocar en guerra. Carme se dedicaba a aprender a "coser de blanco" haciéndose el ajuar como todas las chicas de aquella época.

Durante la Segunda República, Carmen fue a vivir a Altariba (la Segarra) con la tía-abuela Emilia Farran, que vivía de las rentas que le daban unas fincas cultivadas por aparceros, juntas vivieron los preludios de la guerra y las dificultades que la tía tenía para cobrar las rentas de las fincas a causa de la colectivización. La tía entonces se fue a vivir con su hijo casado en Sentmenat: era el médico del pueblo, y ella decidió volver a Lérida.

Guerra Civil. Formación enfermera. Primeras experiencias profesionales en el Hospital de la Cruz Roja (HCR) de Lérida

De nuevo en Lérida, cerca de su hermana, Carmen hace planes para las dos: "Mira, Magda, tú, como no te casarás, te vas a Francia, y yo, me quedo aquí, busco marido y así tendremos casa". Magda se fue a vivir a París a casa de la familia Aunós1 de ama de llaves, y Carmen se queda en Lérida de cajera de una perfumería, retomando la amistad de Pepita Miró, una amiga de la infancia que era enfermera. A Carmen siempre le había gustado ser enfermera; Pepita la anima a que se apunte a los cursos de enfermera que dan en la Confederación Nacional del Trabajo (CNT)

y en la Cruz Roja.

Por falta de hospitales en Lérida, la Comisaría Delegada de la Generalitat confisca el edificio de los frailes franciscanos y lo cede a la Cruz Roja para hospital. El 14 de enero de 1937, Carmen se presenta como voluntaria en el Hospital de la Cruz Roja (HCR). Las enfermeras que había eran damas voluntarias de la alta sociedad leridana. Trabajaba satisfecha y del agrado de pacientes, compañeras y superiores. Cuando Luisa García, jefa de enfermería del HCR, enferma, el doctor Bellí2, responsable del hospital, dice a Carmen: "Mientras la Srta. García esté enferma, tú ocuparás su lugar"; ella se resistía a aceptar la propuesta. Las compañeras empezaron a hacerle el boicot; disgustada, le explica al doctor Bellí que no puede continuar, pues no era aceptada por las compañeras. Él le contesta:

> *Si la he puesto a usted de suplente es porque la he visto más apta para el puesto, y créame que sé llevar hospitales; mi padre era director de hospital, mi abuelo médico de hospital y yo también, y no de ahora, sino de antes de la guerra, así que quiero que usted siga, y si no están contentas, allá ellas; les dice que vengan a hablar conmigo.*

Carmen cumplió su deber hasta que la Srta. García se incorpora al trabajo; entonces es destinada a la sección de pacientes graves, compartiendo turno con Neus Muro3. En junio de 1937, se inscribe en la CNT, siguiendo con las clases de enfermera y en septiembre de 1937, junto a otras compañeras es convocada en la Facultad de Medicina de Barcelona para examinarse de enfermera.4 Todas las compañeras pronosticaban que sacaría un excelente. "Que va, un aprobado justillo y gracias". Según ella, de las cincuenta que fueron de Lérida a examinarse, solo cuatro aprobaron.

Hospital Intercomarcal. Clínica Militar n.º 1 del Hospital de evacuación del Ejército del Este

A partir de mayo de 1937, el Ejercito de Cataluña se integra en la estructura militar del gobierno español bajo la denominación del Ejército del Este. La organización de la atención sanitaria militar, tanto en el frente como en la retaguardia, pasa a manos de la Sanidad Militar del Ejército de la República, dependiendo del Ministerio de Defensa. (Closa, 2025) El Hospital Intercomarcal, al inicio de la guerra, atendía a

la población civil y militar del ejército de Cataluña. Se desconoce cuándo Carmen empieza a trabajar en el Intercomarcal, pero el 14 de enero de 1938, formaba parte del equipo quirúrgico del doctor Fontanet en la Clínica Militar n.º1 del Hospital de Evacuación del Ejército del Este.5 El nuevo equipo provenía del equipo quirúrgico de guerra del Intercomarcal.

Retirada republicana. Lérida ocupada por los nacionales

Roto el frente de Aragón, los nacionales avanzan hacia Cataluña. A partir del 27 de marzo de 1938 se evacuan enfermos y sanitarios de Lérida hacia territorio republicano seguro. El equipo de Carmen sale al anochecer dirigiéndose a La Espluga de Francolí, allí montaron un hospital y enseguida los bombardean: "una de muertos, una montaña de muertos, durante tres días trabajé sin dormir ni desnudarme por falta de personal". De La Espluga se fueron a Manresa.

Hospital de San Andreu de Manresa

Los enfermos quirúrgicos evacuados de Lleida los ingresaban en el Hospital de San Andreu; Carmen el 23 de abril de 1938 empieza a trabajar de enfermera de quirófano6. Los cirujanos del Hospital de Manresa, dirigidos por el Dr. Josep Fontanet, utilizaban el método Trueta, el tratamiento de "cura oclusiva" para las heridas de guerra, lo que permitió salvar a centenares de extremidades destinadas a ser amputadas. (Aloy, 2026) Mientras estuvo en Manresa, Carme conoció al que sería su marido terminada la guerra, Manel Sans, un soldado vinculado a la Cruz Roja destinado a Manresa en verano de 1938.

Huida a Francia. El Miracle. Ribes de Freser. La Torre de Querol

Por segunda vez, Carmen ayuda a evacuar heridos del hospital, esta vez para ir a Francia. En su retirada hacen parada en el Miracle (Solsona), el complejo de iglesia y santuario benedictino acoge la clínica donde Carmen atiende a heridos de guerra y refugiados7. Siguiendo camino, en el hospital militar instalado en el balneario de Ribés de Freser, Carmen perdió toda su documentación personal. Días después, acompañando enfermos graves en ambulancia, atravesó Llivia y finalmente fueron acogidos en el hospital provisional instalado en la estación internacional

de la Torre de Querol (Francia), final del trayecto.

Postguerra

Carmen forma una familia con Manel. En 1996, después de 20 años de reclamar para la jubilación su derecho como enfermera de guerra, le concedieron la asimilación al rango militar de teniente.

Conclusión

Recuperar el pasado de los cuidados y cuidadores, y darlo a conocer, contribuye a fortalecer la identidad profesional y a tener fe en el futuro. Continuaremos preservando la memoria de enfermeras de guerra en el territorio catalán.

Bibliografía

- Tejero-Vidal, L. (2016). Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el Hospital de Santa María, la Casa Maternidad y la Casa Misericordia de Lleida (1792-1936). Aportaciones a la enfermería. tesis doctoral, Universitat de Lleida, 2016] <https://www.tdx.cat/handle/10803/387321#page=1> [Consulta: 1 febrer 2026].
- Torres Penella, C. (2010). La infermeria en la Guerra Civil espanyola a Lleida: Infermeres, practicants i comadrones. [Tesis doctoral, Universitat d'Alacant], <https://aplicaciones.ciencia.gob.es/teseo/#/tesis/O289059/detalle> [Consulta: 1 febrer 2026].
- Amezcua, M,; Hueso, C. (2006) Cómo elaborar un relato biográfico. Archivos de la Memoria. Disponible en: http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php [Consulta 10/12/2025].
- Closa Salinas, Francesc, "L'hospital d'evacuació de l'Exèrcit de l'Est de Lleida (1937-1938)", Shikar. Revista del Centre d'Estudis Comarcals del Segrià, núm. 12, 2025, pp. 194-200.

Memorias de los sanitarios del ejército italiano en la campaña de Rusia (1941-1943)

Andrea Antonello[1], Elisa Rimoldi[2], Anna La Torre[2]

1 Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

2 Università degli studi di Milano

Introducción

La Campaña de Rusia marcó uno de los episodios más trágicos para el ejército italiano durante la Segunda Guerra Mundial. Italia, involucrada en la Operación Barbarroja tras la ruptura del pacto MolotovRibbentrop, se unió a Alemania en la invasión de la Unión Soviética con la expectativa de una victoria rápida. Sin embargo, pronto se evidenció la falta de preparación del ejército italiano, tanto frente al poder militar soviético como ante el duro invierno siberiano, responsable de gran parte de las bajas. En diciembre de 1942, una masiva contraofensiva soviética rompió las líneas del Eje y provocó una retirada dramática. El balance fue devastador: de 230.000 soldados enviados, más de 95.000 murieron o desaparecieron y miles fallecieron en los campos de prisioneros. Solo 10.000 regresaron.

Los testimonios de supervivientes describen marchas forzadas, frío extremo, hambre y decisiones límite para poder sobrevivir, dejando una profunda huella en la memoria italiana.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis crítico del periodo histórico relacionado con la Campaña de Rusia y las repercusiones asociadas que se extienden hasta nuestros días.

El trabajo se basa principalmente en el testimonio directo y personal de los protagonistas de los acontecimientos que, en su calidad de profesionales sanitarios de diversa índole, prestaron servicio en primera línea durante los enfrentamientos armados.

El propósito de este trabajo es, a través de un análisis inicial de la organización sanitaria militar del ejército italiano, poner de relieve y examinar los recuerdos, los episodios, los sentimientos, la formación y los protagonistas de la asistencia sanitaria durante el conflicto a la luz de sus memorias.

La primera fase de la investigación se llevó con una revisión de la bibliografía sobre la Campaña de Rusia y las memorias, consultando las principales bases de datos disponibles (JSTOR, PUBMED, CHINAL, …). Se realizaron búsquedas en la Biblioteca del Departamento de Ciencias de la Historia de la Universidad de Milán, la Biblioteca Braidense y la Biblioteca Municipal Sormani. Fueron fundamentales los contactos con el Archivo Nacional de Diarios de Pieve Santo Stefano y la Unión Nacional Italiana de Veteranos de Rusia (secciones de Milán, Lecco y Trieste), que permitieron analizar los diarios y memorias de los veteranos. En cuanto a la documentación sanitaria militar, se han llevado a cabo investigaciones en la Oficina Histórica del Estado Mayor del Ejército en Roma. La segunda fase de la investigación se centró en el análisis de las fuentes y en la redacción del trabajo, consolidando un estudio crítico sobre la memoria histórica y su papel en la narración de la Campaña de Rusia.

Desarrollo

El trabajo se adentra en un análisis crítico y exhaustivo de diferentes figuras del ámbito sanitario relevantes para el objetivo fijado por la investigación; sin embargo, la más representativa es la figura de la enfermera Ina Moretti, tanto por razones de pertinencia profesional, dado el ámbito de interés establecido, como por la riqueza de los testimonios personales aportados por la autora, que han resultado valiosos y absolutamente pertinentes para el objetivo del trabajo.

El diario de Ina Moretti es una de las fuentes más valiosas para comprender la experiencia del personal sanitario italiano durante la Campaña de Rusia (1942–1943). Moretti, nacida en Roma y formada como enfermera voluntaria en 1932 en la

escuela del Policlínico, acumulaba ya experiencia en otras campañas militares italianas, incluida la de África. Esta trayectoria la llevó a formar parte del contingente sanitario destinado al frente oriental. Tras una breve preparación, fue asignada al grupo de expedición sanitaria del 8º Ejército Italiano y partió hacia la Unión Soviética en julio de 1942.

El viaje en tren hospital atravesó Austria, Eslovaquia, Polonia y Ucrania, y permitió a Moretti observar de primera mano la devastación causada por la guerra: ciudades con mercados vacíos, infraestructuras destruidas y una población debilitada y empobrecida. Leópolis y Dniepropetrovsk destacan en su relato como ejemplos extremos del impacto social de la guerra. Al llegar a Stalino, Moretti y sus compañeras fueron alojadas en el hospital italiano n.º 3, ya saturado por la afluencia de heridos. Poco después, fueron enviadas a Voroshilovgrad, donde se había habilitado un centro quirúrgico en un antiguo edificio universitario dañado por la retirada soviética. Fue necesario realizar obras urgentes para garantizar condiciones mínimamente adecuadas de asistencia.

El hospital de Voroshilovgrad llegó a especializarse en el tratamiento de heridas particularmente graves: lesiones osteoarticulares, craneales y cavitarias.

La organización sanitaria incluía también hospitales de campaña avanzados y unidades quirúrgicas móviles que operaban directamente en las primeras líneas del frente, lo que garantizaba la máxima capacidad de respuesta a costa de una mayor exposición al fuego de las trincheras.

Las enfermeras desempeñaban un papel fundamental no solo en la atención médica, sino también en la estabilización emocional de los soldados, aportándoles esperanza y cercanía emocional.

Las condiciones de trabajo eran extremadamente exigentes: frío intenso, escasez de suministros, falta de medicamentos y un flujo constante de heridos. Las salas se saturaban rápidamente y muchos pacientes eran acomodados en camas improvisadas en los pasillos. La falta de espacio afectaba incluso a los fallecidos, lo que llevó al personal a crear un pequeño cementerio improvisado en noviembre de 1942 para garantizar un entierro digno.

El diario recoge numerosas situaciones de emergencia diaria, desde heridas de bala hasta amputaciones, congelaciones severas y estados de shock. A pesar del

agotamiento, la determinación de ayudar a los pacientes funcionaba como un motor interior que permitía al personal seguir adelante en circunstancias extremas. Sin embargo, la situación se volvió más crítica con la llegada del invierno de 1942, marcado por temperaturas extremas y el aumento de los ataques soviéticos. Los bombardeos alcanzaron el centro quirúrgico y los recursos se volvieron insuficientes, acentuando el desgaste físico y psicológico del personal sanitario.

En diciembre de 1942, la gran contraofensiva soviética rompió las líneas italianas y alemanas. El hospital recibió la orden de evacuar los días 24 y 25 de diciembre. Muchos médicos y oficiales decidieron quedarse con los heridos más graves, sacrificio que les costó la vida. Entre ellos estaba el general Pezzi, cuya muerte dejó una profunda huella entre los supervivientes.

La retirada fue una verdadera odisea. Sin apoyo logístico suficiente, miles de soldados italianos se vieron obligados a recorrer cientos de kilómetros bajo la nieve, sometidos a ataques y pérdidas continuas. Moretti fue evacuada en un tren hospital y continuó asistiendo a los heridos durante el trayecto, que atravesó nuevamente Leópolis y Viena. Muchos de los pacientes estaban mutilados o ciegos, y el sufrimiento emocional se intensificaba ante la incertidumbre sobre su futuro. Moretti regresó finalmente a Italia en primavera de 1943.

El análisis del diario de Moretti, junto con los testimonios de médicos, camilleros y pacientes, permite una reconstrucción multiperspectiva de la Campaña de Rusia. Este enfoque contribuye a comprender no solo la dimensión sanitaria y operativa del conflicto, sino también el profundo impacto humano y emocional que dejó en quienes vivieron una de las campañas más duras de la Segunda Guerra Mundial.

Conclusiones

Este trabajo analiza las experiencias del personal sanitario italiano que participó en la Campaña de Rusia durante la Segunda Guerra Mundial, a través del estudio de sus memorias personales. Estos testimonios constituyen una fuente fundamental para comprender las durísimas condiciones de trabajo, los desafíos clínicos y logísticos, y las vivencias humanas de médicos, enfermeras y voluntarios desplegados en un escenario extremadamente hostil. Uno de los temas centrales es el análisis táctico de la retirada italiana. El personal sanitario, considerado un recurso

esencial para garantizar la continuidad de la atención, fue protegido y replegado antes que las tropas de combate.

En los relatos aparece de forma recurrente la ilusión, extendida entre las fuerzas armadas, de una victoria rápida sobre la URSS, alimentada por la propaganda fascista. Esta percepción errónea contribuyó a subestimar la magnitud del conflicto y a comprometer la preparación logística de la campaña, con graves consecuencias durante la retirada.

El estudio de las experiencias sanitarias muestra además que muchos profesionales participaron de forma voluntaria y sin motivaciones ideológicas profundas.

Un ejemplo significativo es el de Ina Moretti, enfermera de la Cruz Roja Italiana, cuyo diario refleja una marcada dedicación al cuidado de los heridos, no solo desde el punto de vista clínico, sino también psicológico. Durante la retirada, Moretti trabajó en trenes hospital atendiendo a unos 500 enfermos y heridos, manteniendo la moral en condiciones extremas.

Otros testimonios, como el del cirujano Marchionni o el camillero Maddalena, evidencian la frustración ante la falta de recursos y la dureza moral de asistir a compañeros gravemente heridos. Relatos como los de Bianco Bindi y Antonio Careddu aportan perspectivas sobre la lucha por la supervivencia, resaltando la solidaridad entre soldados y sanitarios, pero también la brutalidad de una guerra donde cada decisión podía ser fatal.

La memoria histórica desempeña un papel crucial a la hora de preservar estas experiencias, honrando el sacrificio de quienes vivieron la guerra y ofreciendo lecciones para el futuro. Un desarrollo futuro podría incluir el análisis de archivos rusos para obtener una perspectiva más completa de la campaña. La memoria histórica no solo conmemora a los caídos, sino que invita a la reflexión sobre la guerra y el valor de la vida humana, promoviendo un sentido crítico y una responsabilidad cívica en las generaciones futuras.

Referencias bibliográficas

- Giusti, M. T. (2016) La Campagna di Russia 1941-1943. Bologna: Il Mulino
- Moretti I. (2008), Mani sante – vita ospedaliera di guerra al fronte russo (1942-1943), Torino: Edizioni Camilliane
- Maddalena G.B. (1971), Portaferiti in Russia (1942-1943), Milano: Longanesi & C.
- Careddu A. (2013), Intervista ad Antonio Careddu – di Patrizia Marchesini. Milano: U.N.I.R.R Unione Nazionale Italiana Reduci di Russia [online]. Available at: https://www.unirr.it/testimonianze/36-antonio-careddu (Accessed: 15 July 2024)
- Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'esercito-SME (1975) I servizi logistici delle unità italiane al fronte russo (1941-1943). Roma: Ministero della Difesa
- Marchionni M. (1941), Diario di guerra, Archivio Diaristico Nazionale, Fondazione Archivio Diaristico Nazionale – onlus, Piazza Amintore Fanfani n. 14, 52036 Pieve Santo Stefano AR. Tipologia testuale Diario, Consistenza 59 pagine, Collocazione DG/Adn2

Conferencias y ponencias

4

Símbolos, imagen y relato



El corazón herido como matriz del cuidado en la Historia de la Enfermería

Ginés Mateo Martínez, María Carmen Sellán Soto y Antonio Vázquez Sellán
Universidad Autónoma de Madrid

Introducción

La identidad enfermera contemporánea se configura en un campo de tensiones históricas, epistemológicas y prácticas que dificultan su delimitación conceptual estable. Desde sus orígenes, la disciplina ha estado atravesada por una dicotomía persistente entre vocación-caridad y técnica-ciencia, cuya articulación no ha sido plenamente resuelta en el marco de la modernidad científica (Sellán, 2010). Esta tensión no constituye únicamente un problema teórico, sino que se manifiesta en la práctica cotidiana, en la organización institucional y en el autoconcepto profesional de las enfermeras (Ten Hoeve et al., 2014; Luengo-Martínez et al., 2017).

Frente a los enfoques predominantes —centrados en la definición conceptual, la medición o la estandarización de la práctica—, este trabajo propone un desplazamiento metodológico: pensar la identidad enfermera desde sus matrices simbólicas, entendiendo que el cuidado no se construye únicamente a través de discursos normativos o procedimientos técnicos, sino también mediante imágenes que configuran sensibilidades, disposiciones corporales y formas de relación con el otro.

En este sentido, la iconografía del Sagrado Corazón de Jesús ocupa un lugar privilegiado. Históricamente vinculada a instituciones religiosas dedicadas al cuidado, esta imagen ha operado como una estructura simbólica de largo recorrido, capaz de condensar valores, gestos y orientaciones éticas que han modelado el

imaginario del cuidado enfermero. Desde la perspectiva de Erwin Panofsky, la imagen puede ser comprendida como un "síntoma cultural", en tanto expresión condensada de estructuras profundas de pensamiento y experiencia (Panofsky, 2004).

Este planteamiento se inscribe, además, en una tradición hermenéutica que reconoce el carácter interpretativo del cuidado, en línea con Hans-Georg Gadamer, para quien la comprensión se produce en el entrelazamiento de historia, lenguaje y experiencia (Gadamer, 2001), así como en una ontología del tiempo que, en diálogo con Friedrich Nietzsche, permite pensar la praxis como afirmación anticipatoria y repetición transformadora de la vida (Nietzsche, 2003).

La hipótesis de este trabajo sostiene que la iconografía del Sagrado Corazón de Jesús constituye una matriz iconológica del cuidado enfermero, cuya estructura simbólica continúa operando —de forma explícita o implícita— en la construcción narrativa de la identidad profesional contemporánea.

Objetivo

Analizar el Sagrado Corazón de Jesús como matriz iconológica del cuidado enfermero, explorando su significado profundo y su correspondencia con la construcción narrativa de la identidad enfermera contemporánea.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de orientación cualitativa e interpretativa, cuyo eje metodológico principal fue el análisis iconológico del emblema del Sagrado Corazón de Jesús en el contexto de la Congregación de Hermanas Hospitalarias (Polaino-Lorente y Ávila, 1992):

El análisis se desarrolló siguiendo el modelo tripartito de Erwin Panofsky (Holly, 1985):

1. Nivel pre-iconográfico (descripción formal de los elementos visuales),
2. Nivel iconográfico (identificación de significados convencionales en el marco de la tradición cristiana), y
3. Nivel iconológico (interpretación del significado intrínseco como síntoma cultural e histórico).

Este análisis se apoyó en fuentes documentales primarias, materiales institucionales y tradición iconográfica vinculada al Sagrado Corazón, permitiendo situar la imagen en su contexto histórico y simbólico.

De forma complementaria, y con una función interpretativa subordinada, se incorporaron materiales procedentes de entrevistas en profundidad realizadas en el marco de una investigación previa, con el fin de explorar posibles resonancias entre la matriz simbólica identificada y la construcción narrativa contemporánea de la identidad enfermera. Estos materiales no constituyeron el objeto principal de análisis, sino un recurso de contraste hermenéutico.

Lejos de constituir dos análisis paralelos, el enfoque adoptado sitúa la iconología como eje interpretativo, mientras que los discursos funcionan como campo de resonancia, contraste y problematización del imaginario simbólico del cuidado.

Resultados

1. Nivel pre-iconográfico: la forma como intensidad

La imagen del Sagrado Corazón presenta un corazón central, anatómicamente reconocible, atravesado por una herida, rodeado por una corona de espinas, coronado por una cruz y envuelto en llamas. El conjunto se sitúa en un marco ornamental que intensifica la centralidad de la figura.

La primera impresión es de exceso, densidad y afectividad, en consonancia con el lenguaje barroco: una imagen que no economiza significado, sino que lo desborda.

2. Nivel iconográfico: la codificación del sacrificio

En su dimensión convencional, los elementos de la imagen remiten a significados teológicos consolidados: el corazón como centro del amor divino, la cruz como redención, la herida como apertura salvífica, la sangre como donación, y el fuego como caridad (González, 2019; Godino, 2019).

Este sistema simbólico configura una ética del cuidado basada en la entrega, el sufrimiento y la salvación del otro, profundamente arraigada en la tradición cristiana.

3. Nivel iconológico: la matriz del cuidado

En el nivel iconológico, la imagen se revela como una estructura generativa de sentido. A partir de la articulación con los discursos enfermeros, emergen cuatro constructos fundamentales:

a) El corazón abierto: hospitalidad ontológica

El corazón no representa una emoción, sino una disposición estructural de apertura. El cuidado aparece como acogida radical del otro, en línea con las narrativas que describen la relación terapéutica como presencia, disponibilidad y acompañamiento.

b) La herida: exposición y vínculo

La herida simboliza una apertura que permite la relación. El cuidado implica, así, una forma de vulnerabilidad compartida, donde la enfermera se ve afectada por el sufrimiento del otro.

c) El fuego: desproporción del cuidado

Las llamas representan un cuidado que excede lo técnico, que desborda la medida. Este exceso se refleja en los discursos en términos de implicación emocional, desgaste y entrega continuada.

d) La estructura envolvente: matriz de sostén

El encuadre oval y los elementos ornamentales sugieren una función de contención, que puede leerse como una estructura "placentaria" del cuidado: un espacio que acoge, protege y sostiene.

Resonancias y tensiones en la práctica contemporánea

Los discursos enfermeros confirman la persistencia de estas estructuras simbólicas, pero también evidencian su crisis. La falta de tiempo, la sobrecarga asistencial y la subordinación institucional limitan la posibilidad de sostener un cuidado plenamente relacional: "el tiempo asistencial no permite conocer al paciente en profundidad".

Así, la práctica contemporánea se sitúa en una tensión constante entre un imaginario de cuidado heredado y unas condiciones estructurales que dificultan su realización.

Discusión

La iconología del Sagrado Corazón permite comprender el cuidado enfermero como una práctica históricamente configurada por una matriz simbólica de origen religioso, que articula dimensiones éticas, afectivas y relacionales.

Sin embargo, esta matriz entra en fricción con el paradigma tecnocientífico contemporáneo, caracterizado por la eficiencia, la protocolización y la racionalidad instrumental (Habermas, 1987). La dicotomía vocación-tecnología no desaparece, sino que se reconfigura en nuevas formas de tensión.

Desde una perspectiva hermenéutica, esta tensión no debe entenderse como un problema a resolver, sino como una condición constitutiva del cuidado. En términos gadamerianos, la comprensión del cuidado emerge precisamente en la distancia entre tradición y presente (Gadamer, 2001).

Por su parte, la temporalidad del cuidado puede leerse, en clave nietzscheana, como una estructura anticipatoria: un "futuro anterior" en el que la acción se orienta hacia una posibilidad que aún no ha acontecido, pero que da sentido a la praxis (Nietzsche, 2003).

Conclusiones

El análisis iconológico del Sagrado Corazón de Jesús permite comprender esta imagen no como una mera representación devocional, sino como una matriz simbólica activa en la configuración histórica del cuidado enfermero. En ella se condensan, de forma persistente, disposiciones fundamentales del cuidar: la apertura al otro, la exposición a la vulnerabilidad, la entrega sostenida y la capacidad de sostén.

Desde esta perspectiva, el cuidado no emerge únicamente como una práctica técnica o relacional, sino como una forma históricamente modelada de estar con el otro, cuya estructura profunda ha sido, en parte, configurada por imaginarios religiosos que han operado como dispositivos formativos, éticos y sensibles.

La lectura cruzada con los discursos enfermeros contemporáneos no solo confirma la persistencia de estas estructuras simbólicas, sino que evidencia su tensión en el contexto actual, marcado por la aceleración, la protocolización y la limitación

del tiempo asistencial. Así, la imagen no queda fijada en el pasado, sino que continúa actuando como fondo simbólico desde el cual se vive, se tensiona y se resignifica el cuidado en la práctica presente.

En este sentido, la iconología se revela no solo como un método de interpretación histórica, sino como una vía para pensar críticamente la identidad enfermera, atendiendo a sus condiciones de producción simbólica y a sus posibilidades de transformación.

Finalmente, este trabajo propone que la estética —en tanto matriz de imágenes, formas y sensibilidades— no es un elemento accesorio del cuidado, sino su condición de posibilidad más originaria: allí donde el gesto de cuidar toma forma antes de convertirse en norma, procedimiento o técnica.

Referencias bibliográficas

- Bolívar, A., Domingo, J., & Fernández, M. (2001). La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología. Madrid: La Muralla.
- Gadamer, H.-G. (2001). Verdad y método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca: Sígueme.
- Godino, J. (2019). En el corazón de la Iglesia: 100 años de la Consagración de España al Corazón de Jesús. Madrid: Palabra.
- González, J. (2019). Qué hace y qué dice el Corazón de Jesús en el sagrario (16 edición). Madrid: El Granito de Arena.
- Habermas, J. (1987). Teoría de la acción comunicativa. Taurus.
- Holly, M. A. (1985). Panofsky and the Foundations of Art History. Ithaca: Cornell University Press.
- Luengo-Martínez, C., Paravic-Klijn, T. y Burgos-Moreno, M. (2017). Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enfermería Universitaria, 14(2): 131-142. https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001
- Nietzsche, F. (2003). Así habló Zaratustra. Alianza.
- Panofsky, E. (2004). El significado en las artes visuales. Alianza Forma.
- Polaino-Lorente, A. y Ávila de Encío, M. C. (1992). El Sanatorio de San Miguel: Medio Siglo de Asistencia Psiquiátrica. Madrid: Cofas.
- Sellán, M. C. (2010). La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.
- Ten Hoeve, Y., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. Journal of Advanced Nursing, 70(2), 295-309.

Enfermeras, mujeres y ángeles: género e identidad en el U.S. Army Corps durante la Segunda Guerra Mundial a través del análisis de productos culturales cinematográficos

Javier Fernández Castroagudín* y Nieves Mayo Bazarra
Departamento de Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.
*javier.fernandez2@usc.es

Introducción

Los conflictos bélicos han servido de catalizador para ciertas transformaciones sociales y numerosos avances científicos y técnicos. En este sentido, la evolución histórica de la profesión enfermera no ha sido una excepción. Se ha afirmado que la Segunda Guerra Mundial supuso un punto de inflexión en esta profesión, con impacto en la formación, la profesionalización y el estatus enfermero, del que fueron paradigmáticos el Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los Estados Unidos (U.S. Army Nurse Corps) y su homólogo de la marina (U.S. Navy Nurse Corps) (Donahue, 1987).

El Army Nurse Corps reclutó cerca de 60.000 enfermeras durante el conflicto, las cuales fueron entrenadas en diversos aspectos de la vida militar como cortesía, orden cerrado, vida en campaña, defensa antigases, protección antiaérea e incluso el manejo de armas individuales. Recibieron formación adicional en todos aquellos aspectos relacionados con su desempeño profesional como primeros auxilios, cuidados hospitalarios, asistencia quirúrgica y anestésica, tratamiento del shock, farmacia, esterilización, higiene y prevención de enfermedades infecciosas (Recruiting Publicity Bureau, 1944; Bellafaire, 1995)[1]. Desde junio de 1944 se les garantizó

el rango pleno de oficial mientras durase la guerra más seis meses adicionales, lo que incluía la pensión, ayudas familiares, oportunidades educativas e igual sueldo que los oficiales varones (Cowdrey, 1994; Bellafaire, 1995; Brayley, 2002; Goebel, 2011)2. Fueron destinadas a hospitales generales, de campaña y evacuación, buques y trenes hospital y aviones medicalizados (White, 1943; Bellafaire, 1995; Jezierski, 1995; Fagan, 1996; Barger, 2013), donde atendieron a 300.000 de los aproximadamente 500.000 soldados del ejército heridos hasta junio de 1945. Sirvieron en todos los teatros de operaciones de la guerra, incluso en primera línea del frente, donde cayeron prisioneras, fueron bombardeadas y sufrieron bajas, cuantificándose en 201 las enfermeras fallecidas en acto de servicio (White, 1944; Cowdrey, 1994; Feller y Moore, 1995; Tomblin, 1996; Norman, 1999; Monahan y Neidel-Greenlee, 2000 y 2003; Bernier, 2013; Schorer, 2014; Helling, 2019). Un total de 964 enfermeras del ejército y la marina recibieron 1.619 condecoraciones -16 de ellas póstumas-, citaciones y recomendaciones (s.a., 1945; Bellafaire, 1995). La dedicación de estas enfermeras contribuyó a las bajas tasas de mortalidad entre las tropas estadounidenses, con menos del 4% de soldados atendidos a lo largo de la compleja cadena de evacuación fallecidos como consecuencia de heridas o enfermedades (Bellafaire, 1995).

El objetivo del presente estudio es evaluar la percepción y la fijación en la memoria colectiva de la figura de la enfermera del U.S. Army Nurse Corps durante la Segunda Guerra Mundial a través del análisis de productos culturales cinematográficos. Se seleccionó una serie de largometrajes en los cuales el personal del Army Nurse Corps estuviera representado de forma relevante en el citado conflicto. Se excluyeron aquellos en los que el personal de enfermería tuviera un papel marginal, la enfermería militar de otras nacionalidades, la enfermería civil y los cortometrajes realizados con fines formativos o de reclutamiento. Tras el visionado crítico, se realizó un análisis sistemático de los productos cinematográficos, incluyendo los condicionantes exógenos y endógenos, el contenido, la recepción y el eventual impacto sociocultural. Las referencias bibliográficas utilizadas incluyeron fuentes secundarias y terciarias con testimonios personales e historias operativas y del Cuerpo.

La enfermera militar estadounidense en la memoria colectiva

Cuatro largometrajes cumplieron los criterios de inclusión: 'Cry "Havoc"' (director: Richard Thorpe, Metro-Goldwyn-Mayer, 1943), 'So Proudly We Hail' (Mark Sandrich, Paramount Pictures, 1943), 'Women of Valor' (Buzz Kulik, Inter Planetary Pictures, 1986) y 'Pearl Harbor' (Michael Bay, Touchstone Pictures y Jerry Bruckheimer Films, 2001).

Los Ángeles de Bataan

Las películas 'Cry 'Havoc" y 'So Proudly We Hail' fueron realizadas durante el período de la guerra y representan a un grupo de enfermeras del Army Nurse Corps durante la resistencia de las tropas estadounidenses y filipinas en la península de Bataan y la isla de Corregidor tras la invasión japonesa de las Filipinas (diciembre de 1941-mayo de 1942). Las enfermeras atendieron a un creciente número de heridos y enfermos en hospitales instalados bajo la tupida vegetación y en los túneles de la fortaleza de Corregidor. Aunque el personal y los suministros inicialmente eran abundantes, pronto comenzaron a menguar sin posibilidad de reabastecimiento. Las bajas por acción del enemigo y las enfermedades - malaria, dengue, disentería, desnutrición-, que afectaron por igual al personal sanitario, anularon finalmente a las tropas de Bataan como fuerza de combate (Cowdrey, 1994; Bellafaire, 1995; Helling, 2019). Antes de la rendición, parte de las enfermeras fueron evacuadas, pero 66 del ejército y 11 de la marina fueron capturadas por las tropas japonesas (Norman, 1999; Monahan y Neidel-Greenlee, 2000; Farrell, 2014).

Ambos productos cinematográficos fueron realizados poco tiempo después de los hechos narrados y con la guerra todavía en curso, por lo que tienen una evidente intención propagandística como elemento de contribución al esfuerzo bélico. En ellos los cuidados de enfermería aparecen vinculados a la virtud, compasión y sacrificio de la figura femenina, ángel y mujer antes que enfermera3. Sus acciones derivan, por tanto, de su condición de mujer y de su inherente vocación de servir. Aunque existe liderazgo y adaptabilidad, no se construye un equipo profesional para la dispensación de los cuidados. Esta representación es más marcada en 'Cry "Havoc"', donde estos cuidados son igualmente prestados por mujeres voluntarias sin formación enfermera.

Resiliencia y profesionalidad en cautiverio

Tras la caída de Bataan y Corregidor, las enfermeras capturadas fueron enviadas al campo de prisioneros construido en el campus de la Universidad de Santo Tomás, en Manila. En 1943 las enfermeras de la marina fueron trasladadas al campo de Los Baños junto con otros internos. En ambos campos, las enfermeras mantuvieron la disciplina e instituyeron un programa de cuidados de enfermería para los internados militares y civiles. Sin embargo, las condiciones higiénico-sanitarias y la salud de los prisioneros se fueron deteriorando conforme la marea de la guerra se volvía contra Japón y se reducía la llegada de comida y suministros médicos4. Las enfermeras trabajaron en turnos de 12 horas llegando a atender hasta 200 pacientes diarios afectados de desnutrición, beriberi, disentería y tuberculosis (Norman, 1999; Monahan y Neidel-Greenlee, 2000; Farrell, 2014). Santo Tomás y Los Baños fueron liberados por tropas estadounidenses y guerrillas filipinas los días 3 y 23 de febrero de 1945, respectivamente.

En 'Women of Valor' se representa la experiencia de un grupo de enfermeras del ejército durante los años de cautiverio. En ella no hay trazas de la imagen romantizada descrita en los productos realizados en los años 40 y aparece la enfermera como agente moral y político que organiza, decide y protege. Adicionalmente, la película plantea aspectos que pueden entroncarse con la segunda ola feminista de los años 80, como la subversión de roles de género, el desafío a los estándares de belleza, la igualdad en la adversidad y la sororidad, con la formación de una red de apoyo mutuo exclusivamente femenina. La fuerza colectiva de las enfermeras y el mantenimiento de su identidad y su profesionalidad son claves para su propia supervivencia y la de los internos bajo su cuidado (Bonifazi, 2014).

Pearl Harbor: enfermeras entre el paraíso y el infierno

Cuando el 7 de diciembre de 1941 se produjo el ataque japonés a las bases aéreas y navales en la isla de Oahu, el Army Nurse Corps disponía de menos de 1.000 enfermeras, de las cuales 82 estaban destinadas en el hasta ese momento paradisíaco destino de Hawaii (Bellefaire, 1995). Sin necesidad de órdenes, las enfermeras fuera de servicio acudieron a alguno de los hospitales del ejército en la isla,

el Tripler Army Hospital en Fort Shafter, el Schofield Station Hospital en Schofield Barracks y el hospital de Hickam Field5. En una jornada interminable, las enfermeras realizaron el triaje y estabilizaron a los heridos que tenían posibilidades de supervivencia, aplicaron hemostasia, inmovilizaron fracturas, realizaron transfusiones, administraron morfina y toxoide tetánico, anestesiaron y colaboraron en las intervenciones quirúrgicas y proporcionaron confort a los moribundos, todo ello mientras en el exterior continuaba el bombardeo y los ametrallamientos (Bellefaire, 1995; Milbrath, 2016 y 2017).

Aunque plagada de abundantes errores históricos, el núcleo de la película 'Pearl Harbor' gira alrededor del ataque japonés, durante el cual se representa la actuación de la enfermera coprotagonista Evelyn Johnson y sus compañeras en uno de los establecimientos hospitalarios de Oahu. En este sentido, el largometraje en conjunto retorna a la visión romantizada de la mujer enfermera, temporalmente emancipada pero finalmente supeditada a los personajes masculinos, en un evidente paso atrás que puede vincularse a un neoconservadurismo reaccionario vivido en Estados Unidos en los años 90 (Bueechl, 2016). Sin embargo, la escena del hospital es un punto de inflexión donde se refleja la resiliencia, formación y profesionalización de las enfermeras que irrumpe y rompe los estereotipos, al menos fugazmente.

Conclusiones

Aunque se ha pretendido realizar un análisis exhaustivo de los productos culturales cinematográficos, la principal limitación del estudio es precisamente su escasez, lo que dificulta la generalización de las conclusiones. Adicionalmente, todas las películas se centran en los primeros años de la guerra y, excepto uno, en la campaña de Bataan y Corregidor y el posterior cautiverio de parte del personal sanitario, sin que se disponga de productos que reflejen otros escenarios - Mediterráneo, noroeste de Europa - ni los últimos años de la guerra6. Por otra parte, los condicionantes exógenos (fecha de producción, contexto histórico y social) y endógenos (intención del autor, público diana) son muy heterogéneos, viéndose influidos en gran medida por el momento en el que fueron producidas (guerra en curso, feminismo, neoconservadurismo).

Aun con estas limitaciones, el estudio crítico de las representaciones culturales permite explorar la percepción profesional de la mujer-enfermera militar estadounidense durante la Segunda Guerra Mundial y su fijación en la memoria colectiva. La enfermera se identifica en primer lugar con el género femenino, y aunque ello supuso un paradigma de independencia y oportunidades profesionales, tendría consecuencias negativas en la postguerra al perpetuar la contraposición del binomio 'enfermera-mujer' con el del 'médico-hombre'. Emerge la figura de la enfermera abnegada y compasiva, pero también entrenada y profesional, lo cual concuerda con la experiencia vital narrada por muchas de las protagonistas. Sin embargo, esta percepción evoluciona a lo largo del tiempo, desde la compasión vinculada a la figura femenina a la fuerza colectiva y la identidad como núcleo del agente moral y político, para terminar con la irrupción de la enfermera profesional que lidera, toma la iniciativa, decide rápidamente y aplica sus conocimientos y habilidades al cuidado de los enfermos y heridos.

Referencias

- Barger, Judith (2013). Beyond the Call of Duty. Army Flight Nursing in World War II. Kent, The Kent State University Press.
- Bellafaire, Judith A. (1995). The Army Nurse Corps. A Commemoration of World War II Service. Washington, D.C., U.S. Army Center of Military History. Disponible en: https://history.army.mil/Portals/143/Images/Publications/Publication%20By%20Title%20Images/C%20Img/campaigns-wwii/pdf/5.pdf
- Bernier, Francie (2103). "'We Did the Best We Could' – The United States Army Nurses Of Ie Shima". Urologic Nursing, 33(2), pp. 79-85 y 102.
- Bonifazi, Wendy (2014). "Pure Grit: Telling the Story of World War II Military Nurses to a New Generation". Creative Nursing, 20(3), pp. 197-201.
- Brayley, Martin J. (2002). World War II Allied Nursing Services. Oxford, Osprey Publishing.
- Bueechl, Susanne (2017). "From Pearl Harbor (1941) to Pearl Harbor (2001): On the Emancipatory Potential of Nursing During Wartime and its Representation in Hollywood Film". Current Objectives of Postgraduate American Studies, 17(2). Disponible en: https://doi.org/10.5283/copas.264
- Cowdrey, Albert E. (1994). Fighting for Life. American Military Medicine in World War II. New York, McMillan.
- Donahue, M. Patricia (1987). Historia de la Enfermería, (Volumen III). Barcelona, Doyma.
- Farrell, Mary Cronk (2014). Pure Grit: How American World War II nurses survived in battle and prison camp in the Pacific. New York, Abrams.
- Fagan, Michele L. (1995). "Overseas with the ANC: Experiences of Nebraska Nurses in World War II". Nebraska History, 76, pp. 106-121. Disponible en: https://history.nebraska.gov/wp-content/uploads/2017/12/doc_publications_1995_War_07_Nurses.pdf
- Feller, Carolyn M. y Moore, Constance J. (eds.) (1995). Highlights in the History of Army Nurse Corps. Washington, D.C., U.S. Army Center of Military History. Disponible en: https://history.army.mil/portals/143/Images/Publications/catalog/85-1.pdf
- Goebel, Katy Endruschat (2011). Women for Victory. American Servicewomen in World War II · History & Uniform Series (Volume 1). Atglen, Schiffer Military History.

- Hawkins, Joellen W. y Matthews, Irene (1991). "'Tugboat Annie': Nursing's Hero of Pearl Harbor - Grace Lally (1897-1983)". Journal of Nursing Scholarship, 23(3), pp. 183-185.
- Helling, Thomas S. (2019). The Agony of Heroes. Medical Care for America's Besieged Legions from Bataan to Khe Sanh. Yardley, Westholme.
- Jezierski, Marlene (1995). "Mickie Grinevich: Air evac nurse in World War II and Korea". Journal of Emergency Nursery, 21, pp. 364-365. Disponible en: https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(05)80079-0/pdf
- Milbrath, Gwyneth R. (2016). "Grace Under Fire: The Army Nurses of Pearl Harbor, 1941". The United States Army Medical Department Journal, October-December, pp. 112-117.
- Milbrath, Gwineth Rhiannon (2017). The Nurses of Pearl Harbor, 1941. University of Virginia. Disponible en: https://doi.org/10.18130/V33P6D
- Monahan, Evelyn M. and Neidel-Greenlee, Rosemary (2000). All This Hell. U.S. Nurses Imprisoned by the Japanese. Lexington, University Press of Kentucky.
- Monahan, Evelyn M. and Neidel-Greenlee, Rosemary (2003). And If I Perish. Frontline U.S. Army Nurses in World War II. New York, Alfred A. Knopf.
- Norman, Elizabeth M. (1999). We Band of Angels. The Untold Story of American Nurses Trapped on Bataan by the Japanese. New York, Random House.
- Recruiting Publicity Bureau, U.S. Army (1944). The Army's Nurse. Washington, D.C.
- s.a. (1945). "The Nurses' Contribution to American Victory: Facts and Figures from Pearl Harbor to V-J Day". The American Journal of Nursing, 45(9), pp. 683-686.
- Sales Lluch, José Miguel (2010). La Segunda Guerra Mundial en el Cine. Valladolid, Galland Books.
- Schorer, Avis D. (2014). A Half Acre of Hell. A Combat Nurse in WWII. Lakeville, Galde Press.
- Tomblin, Barbara Brooks (1996). G.I. Nightingales. The Army Nurse Corps in World War II. Lexington, The University Press of Kentucky.
- White, Ruth Y. (1943). "Army Nurses: In the Air". The American Journal of Nursing, 43(4), pp. 342-344.
- White, Ruth Y. (1944). "At Anzio Beachhead". The American Journal of Nursing, 44(4), pp. 370-371.

El género en las profesiones cuidadoras a principios del siglo XX, visto desde la prensa

Noelia María Martín Espinosa[1] y Alberto González García[2]*

1 Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Universidad de Castilla-La Mancha.

2 Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Granada.

*noelia.martin@uclm.es

Introducción

Está generalmente admitido por la historiografía que la historia de la enfermería es una historia de género (Baer, 2009) porque en el desarrollo de esta disciplina han confluido distintos factores que han unido la tarea esencial de esta profesión, el cuidado a los enfermos, a características consideradas esencialmente femeninas.

El género no se relaciona con la enfermería porque la mayoría de las enfermeras sean mujeres, sino porque es un constructo que determina las funciones y relaciones de las mujeres y de los hombres, no fundadas en factores biológicos como el sexo, sino sociales, económicos, políticos y culturales de la época estudiada (Bock 1989). Lo que diferencia a hombres y mujeres son las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades consecuencia de un largo proceso histórico de construcción social, que produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, que implican desigualdades y jerarquías entre ambos (Chamizo, 2004). Por tanto, el valor social y cultural de la mujer, de la enfermería o de los cuidados se construye como género porque se une a ciertas características

consideradas femeninas (Boschma, 2014). Parece aceptado que la relación de la Enfermería con el género se fraguó en los orígenes de esta profesión en el ámbito europeo y norteamericano a finales del siglo XIX, contexto histórico en el que las mujeres empezaron a tener cierta representatividad social y en el que predominaban diversas ideas acerca de la mujer y el tipo de trabajos que podía desempeñar, entre los que se encontraban aquellas tareas dedicadas al cuidado de los demás (Boschma, 2014), pues representaban el ideal de mujer: personas generosas, solícitas con los demás, de "buen corazón" cuya misión era aliviar el sufrimiento de los demás sin esperar nada a cambio (Evans, 2004).

En España, la profesionalización de la enfermería se considera asociada a ciertas reivindicaciones sociales como el derecho a tener una formación o un trabajo acorde a las características femeninas (Chamizo, 2004). Resulta interesante explorar la vinculación de la profesionalización de la Enfermería en España a principios del siglo XX al género mediante el análisis de las distintas percepciones sociales que se tenían de las enfermeras, contextualizando su desarrollo en el modelo de asistencia sanitaria que prevalecía en el país, dominada por cuidadoras que pertenecían principalmente a órdenes religiosas, pues la enfermería laica se desarrolló lentamente y sólo fue reconocida como profesión, contando con una formación específica, a partir de 1915.

Para concretar este enfoque, la prensa histórica es considerada una fuente de extraordinaria relevancia para el análisis de las construcciones de género vinculadas a la práctica de la enfermería en la España de comienzos del siglo XX, en tanto que refleja y reproduce los discursos normativos de la época. Los artículos periodísticos permiten rastrear la configuración simbólica de la figura de la enfermera, frecuentemente asociada a los ideales de feminidad anteriormente descritos.

Por ello, el objetivo de esta comunicación es analizar los roles de género que mostraba la prensa de la época al referirse a profesiones que se dedicaban al cuidado, fueran religiosas como las Hermanas de la Caridad o enfermeras laicas.

Se ha utilizado una metodología histórica basada en el análisis hemerográfico con perspectiva de género dentro del marco de la historia social y cultural, que ha tenido como fuentes primerias noticias de prensa publicadas en España entre 1900 y 1920. La búsqueda se ha llevado a cabo en distintas hemerotecas de prensa

histórica como la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica, la Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España y la Biblioteca virtual de Castilla-La Mancha, usando como descriptores los términos: "hermanas caridad" y "enfermera".

Desarrollo

Tras leer las noticias encontradas, se analizaron un total de veinte, seis de ellas referidas a las Hermanas de la Caridad y el resto a enfermeras consideradas laicas, como las que se formaban en la Escuela de Santa Isabel de Hungría. De ellas, once se han incluido en esta investigación. El resto se descartaron por no estar relacionadas con el objetivo de este estudio.

En las noticias revisadas se aprecia una visión mayoritariamente positiva de las Hermanas de la Caridad, al considerar que el servicio que prestaban se basaba en la fe religiosa, la abnegación, la virtud, el desinterés y el sacrificio, lo que a veces contraponían al trabajo de la enfermera laica, que consideraban motivado únicamente por la percepción de un salario, sin que existiese abnegación ni sacrificio personal (La Campana Gorda , 1914; El Castellano, 1913; El Siglo Futuro, 1912). Resulta evidente que la sociedad admitía que las mujeres religiosas tuviesen cierta representatividad en la acción social, las misiones, la educación y la asistencia sanitaria, porque la Iglesia católica coincidía con el modelo de mujer establecido en la sociedad burguesa y marcaba estrechamente las características vinculadas al género que debían tener estas mujeres, siendo sus rasgos característicos el espíritu de servicio, el amor y la obediencia (Llona, 2002).

Sin embargo, esta imagen no era compartida por parte de la prensa progresista, ya que algunos artículos reflejan la disconformidad por haberles dado demasiadas atribuciones administrativas que les facultaban para intervenir en todos los asuntos de los centros asistenciales, en detrimento de otros profesionales más cualificados (La Idea, 1900). Se reconocía su especial cuidado con la higiene y su versatilidad a la hora de ocupar distintos puestos, aunque como contrapunto negativo se señala que introducían sistemáticamente en el desempeño de su trabajo los preceptos morales relacionados con su religión (La Idea, 1901).

En cuanto a la primera escuela considerada laica, la de Santa Isabel de Hungría, la prensa pone de manifiesto que la consideración hacia las enfermeras del

Instituto Rubio siempre estuvo vinculada a las concepciones de género vigentes en la época, entre las que destacaban cualidades como la abnegación, la caridad, el alivio del sufrimiento y el celo en bien de los desvalidos. Un artículo de la época, escrito por una periodista, destacaba que las mujeres podían allí compatibilizar el estudio científico y técnico de una profesión considerada adecuada para la condición femenina, con el cumplimiento de los preceptos religiosos católicos (Galindo, La enfermera). Otro artículo refleja que las mujeres que entraban en el instituto Rubio no debían estar movidas por ganar un salario, sino por mostrar amor al prójimo y espíritu de abnegación. (Nuestro Tiempo, 1902). Uno de estos artículos destaca la formación científica de las enfermeras del Instituto Rubio, frente a las enfermeras religiosas, pero uniéndolo a ser mujeres católicas con voluntad de servir al prójimo, ejerciendo la caridad dictada por la religión, distanciándolas de las enfermeras laicas europeas que eran consideradas mujeres excéntricas (Nelken, La vida y las mujeres).

Se consideraba que las mujeres debido a ciertas virtudes atribuibles al género, como una gran capacidad de observación y su meticulosidad, eran aptas para desarrollar el trabajo de enfermeras, auxiliando a la profesión médica en algunas de sus funciones, aunque los facultativos estimaban que se las debía preparar impartiéndoles conocimientos sobre higiene y profilaxis de enfermedades infecciosas (La Escuela Moderna, 1900).

Conclusiones

Las noticias analizadas muestran que la prensa reproduce la percepción social vigente en la época estudiada que vinculaba el cuidado formal a atributos considerados exclusivamente femeninos, fuesen enfermeras religiosas o laicas. Eran las virtudes consideradas femeninas las que capacitaban a las mujeres para cuidar. Aunque parece defenderse el desarrollo de la enfermería laica, basada en una formación científica, siempre destacan las cualidades consideradas femeninas como garantía para ejercer el trabajo de cuidadora, frente a cualquier tipo de formación especializada.

Bibliografía

- Baer, E. D. (2009). "Do trained Nurses . . . Work for love, or do they work for money?" Nursing and altruism in the Twenty-First Century. Nursing History Review, 17, 18-46.
- BockG. (1989). Women's history and gender history: Aspects of an international debate. Gender and History ,1, 7–30.
- Boschma,G. (2014). International Nursing History: The international Council of nurses history collective and beyond. Nursing History Review, 22, 114-118.
- Chamizo Vega, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. Index de Enfermería, 13 (46), 40-44.
- Evans, J. (2004). "Men nurses: a historical and feminist perspective". Journal of Advanced Nursing, 47(3), 321-328.
- Llona, M. (2002). Entre señorita y garçone. Historia oral de las mujeres bilbaínas de clase media (1919-1939). Málaga: Universidad de Málaga.

Fuentes hemerográficas

- La Campana Gorda, 15/01/1914, num.1.217, p.2
- El Castellano, 2/09/1913, num.689, p.2
- El siglo Futuro, 4/02/1912, num.2423
- La Idea, 28/04/1900, num.42, p.2
- La Idea, 3/06/1900, num.50, p.3
- La Idea, 29/09/1900, num.64, p.1
- La Idea, 21/12/1901, num.127, p.2
- Galindo, B. La Enfermera. El Día; Nuestro Tiempo, 1902, p. 550
- Nelken, M. La vida y las mujeres: las enfermeras. El Día
- La Escuela Moderna, 1900, p. 24.

Influencia del factor género en la representación de las enfermeras y de la enfermería en la prensa española (2005-2022)

Isabel Díaz-Suárez[1], Hildegart González-Luis[2], Ana Choperena Armendáriz[3] y María José Hernández Leal[4]

1 Supervisora enfermera Hospital Universitario La Paz-Carlos III.

2 Departamento de Enfermería Comunitaria, Materno-Infantil y Pediátrica, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra. IdisNA (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra).

3 Facultad de Enfermería (Universidad de Navarra). IdisNA (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra).

4 Departamento de Enfermería Comunitaria, Materno-Infantil y Pediátrica, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra. IdisNA (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra).

Introducción

A lo largo de la historia, el cuidado ha estado fundamentalmente en manos de mujeres, consolidando la enfermería como una profesión feminizada. Durante la etapa técnica, las mujeres comenzaron a incorporarse al ámbito laboral, reforzando esta asociación entre género y cuidado. En la actualidad, la enfermería continúa siendo una disciplina en la que predominan mayoritariamente las mujeres en todas las regiones del mundo (OMS, 2020), En el caso concreto de España el número de hombres enfermeros ha ido en aumento.

Concretamente, según fuentes como el Ministerio de Sanidad ([MS], 2024) o el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2025), el número de enfermeros varones colegiados ha seguido aumentando durante todo el periodo analizado (2005–2022),

incrementándose desde 40233 en el año 2005 hasta alcanzar la cifra de 55 847 en 2024. Sin embargo, en términos generales los hombres siguen siendo minoría dentro del colectivo. A pesar de este crecimiento, la literatura muestra que los hombres enfermeros son objeto de estereotipos negativos en los medios, como el estereotipo gay o afeminado, o incluso el de delincuente, lo que puede influir negativamente en la atracción de vocaciones masculinas (Gill y Baker, 2021; Martínez, 2021; Stanley et al., 2016; Teresa-Morales et al., 2022; van der Cingel y Brouwer, 2021). Por otro lado, diversos estudios señalan que los hombres enfermeros tienden a ocupar con mayor frecuencia puestos de liderazgo y responsabilidad que sus compañeras (Dolu et al., 2023; Gauci et al., 2021; Gavine et al., 2020; Teresa-Morales et al., 2022; Valencia-Contrera y Orellana-Yañez, 2021; Velásquez, 2022). En este contexto, el objetivo de este trabajo es analizar la influencia del género en la construcción de la imagen social de la enfermería en la prensa española. Para ello, se empleó una metodología de análisis de contenido de noticias, utilizando dos variables principales: la variable 12 ("primera palabra") y la variable 23 ("primera enfermera citada"), que permiten estudiar el uso del lenguaje y la visibilidad de los profesionales en función del género y se realizaron cruces de dichas variables con otras variables relevantes organizadas en relación con los cuatro dominios (Dominio "Conocimiento", "Comportamiento profesional", "Valores y ética" y "Enfermeras como líderes") que componen el modelo de identidad profesional de enfermería de la International Society for Professional Identity in Nursing ISPIN.

Desarrollo

Uso del lenguaje y visibilidad del género (Variable 12). Los resultados muestran que el término "enfermera/s" es el más utilizado (62,4 %), seguido de "enfermero/s" (28,6 %) y "enfermería" (8,9 %). Este predominio refleja la feminización histórica de la profesión (Dolu et al., 2023; OMS, 2020; Teresa-Morales et al., 2022), aunque también responde al uso tradicional del término femenino como genérico. La evolución temporal muestra que las menciones a "enfermero/s" se mantienen relativamente estables, sin un aumento proporcional al crecimiento real de hombres en la profesión (INE, 2025). No obstante, en algunos titulares se observa una mayor visibilidad masculina, especialmente en contextos positivos, lo que podría contribuir a reducir

estereotipos y fomentar vocaciones (Grady et al., 2008). Por su parte, el uso de "enfermera/s" ha aumentado notablemente en los últimos años, en línea con el posicionamiento de organismos como la OMS o el CIE. En contraste, el término "enfermería" ha disminuido, reflejando una tendencia hacia la personalización de las noticias y el uso de fuentes individuales frente a institucionales.

Fuentes informativas y representación (Variable 23). Uno de los hallazgos más relevantes es que en el 57,7 % de las noticias no se cita a ninguna enfermera como fuente. Cuando sí se incluyen, predominan las mujeres (16,2 %), seguidas de asociaciones (13,5 %) y hombres (12,6 %). Resulta especialmente significativo que los hombres, pese a ser minoría, tengan una representación relativamente elevada como fuentes. Esto puede explicarse por su mayor presencia en roles de liderazgo y por su mayor visibilidad en los medios (Gauci et al., 2021; Teresa-Morales et al., 2022). Asimismo, las asociaciones profesionales muestran una tendencia descendente como fuentes, lo que evidencia una limitada capacidad de comunicación institucional y la necesidad de profesionalizar estos ámbitos (Álvarez-Muñoz et al., 2025; Cardoso et al., 2019).

Diferencias de género en los dominios analizados:

Conocimiento: Las noticias en las que se emplea "enfermera/s" se centran más en el paciente y el cuidado directo, mientras que aquellas que utilizan "enfermero/s" se enfocan en el sistema sanitario y el contexto organizacional. Esto refuerza la idea de que los hombres son percibidos como más orientados a la gestión y liderazgo (Gauci et al., 2021; Montecinos-Guíñez et al., 2023).

Comportamiento profesional: Las mujeres aparecen vinculadas principalmente al ámbito hospitalario y al rol asistencial, mientras que los hombres se asocian con funciones de gestión y con entornos institucionales como colegios o asociaciones. Estos resultados coinciden con la literatura que evidencia una menor presencia femenina en puestos directivos (Botello-Hermosa et al., 2015).

Valores y ética: Las noticias sobre negligencias presentan mayor proporción cuando la fuente es un hombre, mientras que las mujeres aparecen más asociadas a estereotipos como la sexualización o la idealización (Gill y Baker, 2021;). Estos patrones refuerzan roles de género tradicionales que afectan negativamente a la percepción profesional de la enfermería.

Enfermeras como líderes: Cuando se cita a hombres, la información es más completa, incluyendo con mayor frecuencia el cargo o posición. Esto refuerza su asociación con el liderazgo, mientras que las mujeres reciben una identificación más limitada. Esta desigualdad refleja barreras estructurales en el acceso a posiciones de poder (Sinche, 2019; Valencia-Contrera y Orellana-Yañez, 2021).

Conclusiones

El género influye de forma significativa en la representación mediática de la enfermería. Aunque la imagen proyectada refleja la feminización de la profesión, también perpetúa desigualdades al asociar a las mujeres con roles asistenciales y a los hombres con funciones de liderazgo. Estas diferencias tienen implicaciones importantes en la percepción social de la profesión, en las oportunidades de desarrollo profesional y en la elección vocacional. Además, los estereotipos de género continúan influyendo tanto en la representación mediática como en la organización interna de la profesión.

Como líneas futuras de investigación, resulta necesario profundizar en el análisis de estrategias comunicativas que favorezcan una representación más equitativa, así como estudiar el impacto de los medios en la construcción de vocaciones y en el acceso a puestos de liderazgo. Asimismo, se propone explorar intervenciones orientadas a fortalecer la voz profesional de la enfermería en el ámbito mediático y político, promoviendo una identidad basada en el profesionalismo y no en el género (Nzasi, 2023; Vergara et al., 2022).

Bibliografía

- Álvarez-Muñoz, E., González-Luis, H., Orellana, Z., & Vázquez-Calatayud, M. (2025). Communication dynamics between professional nursing organisations and their stakeholders: A scoping review. Journal of Advanced Nursing. https://doi.org/10.1111/jan.17095
- Botello-Hermosa, A., Casado-Mejía, R., & Germán-Bes, C. (2015). Presencia de las mujeres en los órganos de dirección de los colegios profesionales del ámbito de la salud en 2015. Revista Española de Salud Pública, 89(6). https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000600010
- Cardoso, R. J. M., Graveto, J. M. G. N., & Zamith, F. A. D. (2019). Reaching out: Organizational structures and public communication of nursing professional associations and trade unions in Portugal. Nursing Forum, 54(2), 291–297. https://doi.org/10.1111/nuf.12329
- Dolu, I., Gökçe, M. C., Karakuş, E., Alperen Geldi, O., & Gazi, T. (2023). How do male nursing students' voluntary activities affect their image in society? International Nursing Review, 70(3), 363–371. https://doi.org/10.1111/inr.12821
- Gauci, P., Peters, K., O'Reilly, K., & Elmir, R. (2021). The experience of workplace gender discrimination for women registered nurses: A qualitative study. Journal of Advanced Nursing, 78(6), 1743–1754. https://doi.org/10.1111/jan.15137
- Gavine, A., Carson, M., Eccles, J., & Whitford, H. M. (2020). Barriers and facilitators to recruiting and retaining men on pre-registration nursing programmes in Western countries. Nurse Education Today, 88. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104368
- Gill, J., & Baker, C. (2021). The power of mass media and feminism in the evolution of nursing's image: A critical review. Journal of Medical Humanities, 42(3), 371–386. https://doi.org/10.1007/s10912-019-09578-6
- Grady, C. A., Stewardson, G. A., & Hall, J. L. (2008). Faculty notions regarding caring in male nursing students. Journal of Nursing Education, 47(7), 314–323.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2025). Profesionales sanitarios colegiados por sexo. https://www.ine.es
- Martínez Hernández, A. (2021). Identidades masculinas en la profesión de enfermería. Salud Problema.
- Ministerio de Sanidad (MS). (2024). Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es

- Montecinos-Guíñez, D., Lorca-Nachar, A., Lara-Jaque, R., García-Vallejos, G., & Quijada-Sánchez, D. (2023). Enfermería, liderazgo y relaciones de poder. Index de Enfermería, 32(2).
- Nzasi, C. (2023). The role of gender in shaping career choices. Journal of Sociology, 1(1).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). State of the world's nursing 2020. https://www.who.int
- Sinche, C. (2019). Derechos laborales de las mujeres con una visión de género: Caso enfermería. Revista Vive, 2(4), 42–50. https://doi.org/10.33996/revistavive.v2i4.23
- Stanley, D., Beament, T., Falconer, D., Haigh, M., Saunders, R., Stanley, K., Wall, P., & Nielson, S. (2016). The male of the species: A profile of men in nursing. Journal of Advanced Nursing, 72(5), 1155–1168. https://doi.org/10.1111/jan.12905
- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M., & Feria-Ramírez, C. (2022). Current stereotypes associated with nursing professionals. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13), 7640. https://doi.org/10.3390/ijerph19137640
- Valencia-Contrera, M. A., & Orellana Yáñez, A. E. (2021). Glass ceiling in nursing: An integrative review. Revista Cuidarte, 13(1). https://doi.org/10.15649/cuidarte.2261
- van der Cingel, M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? Nursing Philosophy, 22(2). https://doi.org/10.1111/nup.12343
- Velásquez Vergara, S. M. (2022). El rol de los hombres en enfermería. [Tesis doctoral]. Universidad de Antioquia.
- Vergara, S. M. V., Fergusson, M. E. M., Álvarez, E. O. A., & Caballero, J. V. C. (2022). La adaptación de los hombres al rol de enfermero. Investigación y Educación en Enfermería, 40(3). https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e12

Conferencias y ponencias

5

Matronas y competencias obstétricas



← Índice

El parto arrebatado: la caza de brujas y la usurpación de las matronas en la Europa medieval

Mónica Viñas Hernández
Universidad de Valladolid

Introducción

Exploraremos el proceso histórico mediante el cual las matronas fueron progresivamente desplazadas de la atención al parto en la Europa medieval en favor de los médicos varones. Este fenómeno no puede entenderse exclusivamente como un avance científico, sino como una transformación compleja atravesada por relaciones de poder, género y control del conocimiento. Tradicionalmente, la historiografía médica ha invisibilizado el papel de las mujeres en la construcción de saberes sobre el cuerpo, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, estudios recientes han puesto de manifiesto que las matronas desempeñaron durante siglos un papel central en la atención obstétrica, sustentado en conocimientos empíricos, comunitarios y transmitidos entre mujeres. El objetivo principal de este trabajo es analizar la relación entre la caza de brujas y la apropiación de las competencias obstétricas por parte de la medicina masculina. De manera específica, se pretende comprender cómo los procesos de persecución, descrédito y regulación institucional contribuyeron a la marginación de las matronas. La metodología empleada se basa en una revisión bibliográfica crítica de fuentes históricas y estudios feministas contemporáneos, lo que permite reinterpretar este fenómeno desde una perspectiva de género. Este enfoque resulta fundamental para cuestionar las narrativas tradicionales que presentan la medicali-

zación del parto como un progreso lineal y necesario, obviando las implicaciones sociales y políticas que acompañaron este cambio.

Desarrollo

Durante la Edad Media, las matronas constituían la figura principal en la atención al parto. Su labor no se limitaba a la asistencia técnica, sino que abarcaba dimensiones sociales, culturales y emocionales del nacimiento. Estas mujeres acumulaban conocimientos prácticos basados en la experiencia directa y en la transmisión intergeneracional, lo que les otorgaba un reconocimiento significativo dentro de sus comunidades. Además, desempeñaban funciones legales y testimoniales relacionadas con el cuerpo femenino, lo que evidencia su relevancia más allá del ámbito sanitario. No obstante, a partir del siglo XIII, se inicia un proceso de institucionalización de la medicina vinculado a la creación de universidades y a la consolidación de la figura del médico como autoridad legítima del saber científico. Este proceso tuvo un claro sesgo de género, ya que las mujeres quedaron excluidas del acceso a la formación académica, lo que supuso su progresiva marginación del ejercicio profesional. En este contexto, los médicos varones comenzaron a reclamar autoridad sobre el cuerpo de las mujeres, deslegitimando los saberes tradicionales de las matronas y presentándolos como supersticiosos o carentes de rigor. La caza de brujas, desarrollada entre los siglos XV y XVIII, desempeñó un papel fundamental en este proceso de exclusión. Muchas mujeres, especialmente aquellas vinculadas a prácticas de sanación, obstetricia o control de la fertilidad, fueron perseguidas, acusadas de herejía y castigadas. Este fenómeno no puede entenderse únicamente desde una perspectiva religiosa, sino que debe analizarse también en términos políticos y económicos. La persecución de estas mujeres contribuyó a eliminar formas de conocimiento alternativas y a consolidar un modelo de control sobre la reproducción femenina. Las matronas, en particular, se convirtieron en un objetivo prioritario debido a su capacidad para intervenir en procesos como el parto, la anticoncepción o el aborto. Su saber representaba una amenaza para un sistema que buscaba regular la reproducción en función de las necesidades del nuevo orden social emergente. La deslegitimación de las matronas se llevó a cabo mediante una estrategia discursiva que las asociaba con la ignorancia, la supersti-

ción y el peligro. Paralelamente, la medicina académica se consolidó como el único conocimiento válido, reforzando una visión androcéntrica del cuerpo y la salud. Como consecuencia, el parto dejó de ser un evento comunitario y femenino para convertirse en un proceso medicalizado, centrado en la intervención técnica y en la autoridad del médico. Este cambio implicó una pérdida significativa de autonomía para las mujeres, que pasaron de ser protagonistas de su experiencia reproductiva a convertirse en pacientes subordinadas. Asimismo, se produjo una transformación en la concepción del parto, que dejó de entenderse como un proceso fisiológico para ser tratado como una patología potencial que requería control y supervisión. Las consecuencias de este proceso se extienden hasta la actualidad, donde aún persisten prácticas que reflejan la medicalización excesiva y la falta de reconocimiento de la autonomía de las mujeres en el ámbito obstétrico.

Conclusiones

El análisis realizado permite afirmar que la caza de brujas desempeñó un papel clave en la marginación de las matronas y en la consolidación de la medicina masculina como autoridad dominante en el ámbito de la salud reproductiva. Este proceso no respondió únicamente a avances científicos, sino a dinámicas de poder orientadas al control del cuerpo femenino y a la eliminación de saberes alternativos. La exclusión de las mujeres del conocimiento médico institucionalizado contribuyó a la construcción de un modelo biomédico que ha privilegiado históricamente la perspectiva masculina. Comprender este recorrido histórico resulta fundamental para analizar problemáticas contemporáneas como la medicalización del parto o la violencia obstétrica. Asimismo, permite cuestionar la idea de progreso asociada a la sustitución de las matronas por los médicos, evidenciando que dicho cambio implicó también pérdidas significativas en términos de autonomía, humanización y cuidado integral. Como línea futura de investigación, se propone profundizar en la recuperación del papel histórico de las matronas y en el desarrollo de modelos de atención al parto centrados en la autonomía de las mujeres y en la integración de saberes científicos y tradicionales.

Referencias bibliográficas

- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Traficantes de Sueños.
- García, M., et al. (2021). Historia de la obstetricia. Editorial Académica.
- Gutiérrez, M. (2015). Mujeres y medicina en la Edad Media. Editorial Síntesis.
- Plata, M. (2017). Historia del parto en Europa. Ediciones Universidad.

La voz de la matrona: prueba pericial y requisitos del oficio en el siglo XVII

María Eugenia Gómez de Enterría Cuesta[1]*, Ana Isabel Ganso Pérez[2], Mario Amo Blanco[3], Martín Jesús Gutiérrez Morán[4] y Marta Boronat Gorostiza[5]

1 Matrona, Valladolid Atención Primaria, Área Oeste. Centro de Salud Laguna de Duero. 2 Matrona, Valladolid Atención Primaria, Área Este. Centro de Salud Circunvalación.

3 Enfermero, Unidad Traumatología, HURH, Valladolid.

4 Enfermero, Unidad de Radiología, HCU, Valladolid.

5 Matrona, Valladolid Atención Primaria, Área Oeste. Centro de Salud Laguna de Duero.

*e_enterria@yahoo.es

Introducción

A partir del Expediente sobre el parto de Manuela Hernández, soltera, y depósito de ambas en el Hospital de Expósitos, conservado en el Archivo de Real Chancillería de Valladolid en el que se cita a una matrona de profesión para datar la edad gestacional de una embarazada, vamos a extraer dos aspectos de la profesión de matrona de la época.

Por un lado, inevitablemente hemos relacionado el trabajo desempeñado por las matronas, comadronas, comadres, amas de faldas, ama de parir o parteras1 a la atención y acompañamiento del parto, dejando en un segundo plano otras funciones inherentes y también importantes a la profesión como es el bautismo de urgencia, la transmisión de conocimientos y el que este caso nos ocupa, perito judicial.

Por otro lado, el hecho que la matrona declare "no saber firmar" contrasta con los requisitos exigidos por la Real Cédula de 1750, que regulaba las profesiones sanitarias, como veremos a continuación y que supone una época de cambios en un intento de modernizar la profesión más antigua de la historia.

Metodología

Nuestro trabajo está basado en una investigación histórica mediante el análisis de fuentes primarias. La fuente principal es el Expediente sobre el parto de Manuela Hernández, soltera, y depósito de ambas en el Hospital de Expósitos, de 1780, conservado en el Archivo de la Real Chancillería de Valladolid, consultado a través del Portal de Archivos Españoles (PARES). Como fuente complementaria, se ha analizado la Cartilla nueva, única y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres en el oficio de Partear, mandada elaborar por el Real Tribunal del Protomedicato al doctor Antonio Medina, médico y examinador de dicho tribunal, con el fin de contextualizar la formación y requisitos necesarios para ejercer la profesión de matrona en el siglo XVIII.

Resultados

Analizamos el documento correspondiente al auto de oficio contra Manuela Hernández, "moza soltera" vecina de la ciudad de Valladolid y embarazada en 1780. Según Rodríguez Blanco (2024, p.82), en el siglo XVIII, "la mayor de las desgracias" era ser una mujer soltera embarazada, pocas los mantenían a su lado, abandonándolos o recurriendo al aborto o al infanticidio[2] .

Para constatar la gestación de Manuela, la autoridad judicial ordenó el reconocimiento y la declaración bajo juramento de "cualquier matrona de esta nominada ciudad". El 21 de enero de 1780, la matrona vecina de Valladolid, llamada Antonia Díez, viuda, de unos cincuenta años, realiza el reconocimiento de Manuela en una habitación, afirmando que está embarazada entre ocho meses y medio y los nueve "por la mucha abundancia de leche que haya tener en los pechos".

Tras la declaración, se ordena el ingreso de Manuela Hernández en la Casa de Niños Expósitos para evitar la "ocultación o cualquier fracaso de la criatura que diese a luz". Hernández García y Fernández Portela (2022, p.621), sostienen que a

finales del siglo XVIII las condiciones de las inclusas eran deplorables, descritas más como "lugares donde morir los niños, que lugar donde criarse", estimando que el 90% de los niños criados allí fallecían. El futuro de la criatura no nacida tampoco era muy esperanzador. La casa de expósitos de Valladolid, se ubicó, entre 1778 y 1803, en la antigua casa de los Niños de la Doctrina, en la calle San Blas, acogiendo a los niños de toda la provincia[3].

La declaración no fue firmada por la matrona porque dijo no saber. Es en este punto donde nos planteamos la formación requerida para ejercer la profesión.

Desde una perspectiva teórica

El ejercicio de la profesión venía regulado desde 1750 por la Real Cédula dictada por Fernando VI, en la que se obligaba a las matronas a superar un examen para ejercer la profesión. El órgano colegiado encargado era el Real Tribunal del Protomedicato, que ordenó la elaboración de un manual, "Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear", al doctor Antonio Medina, médico y examinador de dicho tribunal, con el fin de facilitar el examen, del que hablaremos a continuación. Desde el dictamen de la citada Cédula, el arte de partear deja de ser una profesión exclusivamente femenina, estableciéndose dos vías de acceso según el género. Los hombres necesitaban formación como cirujanos y voluntariamente realizar un examen de partos. Debían tener cierto nivel de estudios[4], certificado de limpieza de sangre5 y solvencia económica.

Las mujeres, un examen[6] obligatorio de partos. No se les pedía saber leer y escribir. Necesitaban un certificado de limpieza de sangre y fe de bautismo, buena vida y costumbres, debían ser viudas o casadas, estas últimas con permiso de su marido y dos años de práctica. El examen no era lo que se dice accesible, en el año en el que transcurre el auto, solo se examinaban en dos Colegios de Cirugía, Cádiz y Barcelona[7].

Retomamos el manual comentado anteriormente, en contraposición con lo dicho en el párrafo anterior, y analizando su contenido, en el capítulo "proemial" se describen las "prendas" que ha de tener la matrona para poder ejercer el oficio:

- Edad adecuada: ni puede ser vieja porque sería débil en fuerzas, sentido y entendimiento ni tampoco muy joven ni doncella.
- Gozar de buena salud: débiles o enfermizas no toleran el trabajo de trasnochar, y carecen de fuerza para la realización de maniobras. Ni las excesivamente gordas.
- Sin la mano "callosa, ni deformemente grande". Tampoco dedos o brazos encorvados.
- Saber leer y escribir, y capacidad de aprender.
- Vigilantes y cuidadosas.
- "De genio dócil" y "propenso a admitir el dictamen de sus mayores" solicitando a tiempo asistencia del Médico o del Cirujano en casos en los difíciles.
- Misericordiosa: asistiendo por igual pobres y ricos.
- Buena cristiana.
- "Ánimo benigno, paciente y alegre con modestia".
- "Templada con especialidad en el uso del vino".
- "Fiel y silenciosa" haciendo referencia al secreto profesional.
- "Otras virtudes, así de cuerpo como de alma".

Además, el manual consta de prólogo y tres capítulos más, nombrados como capítulo II, III y IV, escrito en forma de preguntas y respuestas, considerando el autor un formato más comprensible para las matronas, debido que muchas no sabían leer ni escribir, destrezas que formaban parte de las cualidades exigidas. El temario incluye un capítulo de anatomía en el que se especifica su importancia "para fundar en las declaraciones, que ante los Jueces se les ofrezca hacer en las demandas de sospechosa virginidad, estupro e impotencias", otro sobre el embarazo y por último del parto.

Sin embargo, en la práctica real, el Protomedicato no tenía un control estricto en la profesión, "de las 28 matronas censadas en Madrid en 1790, tan sólo diez poseían título expedido por el Protomedicato" (Ortiz Gómez, 1996b, p.119)8, afirmando que la relación de las matronas con dicho Tribunal fue "corta y, a todas luces, mal avenida" (Ortiz Gómez, 1996b, p.113). La Real Cédula de 1750, no supuso una mejora sustancial en el ejercicio de la profesión, consolidando a los cirujanos como

autoridad obstétrica, siendo los hombres cirujanos quien atendían partos complicados y las matronas los partos normales (Vázquez Lasa, 2021).

Para finalizar, Domingo de Azpeitia, el administrador de la inclusa, queda encargado del internamiento de Manuela Hernández a 25 de enero de 1780.

Conclusiones

El análisis del expediente permite afirmar que el papel de la matrona superaba el ámbito asistencial. Las matronas eran consideradas agentes cualificados cuya autoridad era reconocida en procesos judiciales. Aunque en el siglo XVIII la formación de las matronas estaba formalmente regulada, es posible que la superación de los exámenes del Protomedicato conviviera con una actitud flexible y tolerante, en gran medida debido a la falta de accesibilidad. Esto explicaría que muchas matronas no hubieran superado dicho examen ni cumplieran ciertos requisitos inicialmente exigidos, como la alfabetización. Posiblemente sea el caso de Antonia, la matrona, viuda, vecina de Valladolid que declaró en el auto de oficio, se consideró una trabajadora fiable para el ejercicio de la profesión, pero no firmó por no saber.

Como futura línea de investigación planteamos el estudio del trabajo de la matrona dentro de las inclusas.

Referencias bibliográficas

- Vázquez Lasa, J.M. (2021) Las comadronas riojanas durante la época moderna (ss. XVI-XVIII) Berceo núm. 180, pp. 87-118
- Medina, Antonio (1750). Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear. Madrid: Oficina de Antonio Sanz. Versión digitalizada en Internet Archive / Google Books
- Rodríguez Blanco, C. (2024). Ser madre en solitario: un retrato de las familias incompletas en la Castilla moderna. Stud. his., H.ª mod., 46, n. 1 (2024), pp. 61-85. DOI: https://doi.org/10.14201/shhmo20244616185
- Hernández García, R., & Fernández Portela, J. (2022). Expósitos y nodrizas: geografía de la pobreza en el Valladolid del siglo XVIII. INVESTIGACIONES HISTÓRICAS ÉPOCA MODERNA Y CONTEMPORÁNEA, 42, 615–650. https://doi.org/10.24197/ihemc.42.2022.615-650
- Ortiz Gómez, M. T. (1996a). Género y estrategias profesionales: la formación de las matronas en la España del siglo XVIII. En: Ramos, M.ª Dolores; Vera, M.ª Teresa (eds.) El trabajo de las mujeres pasado y presente. Málaga, Diputación provincial de Málaga, 1996, vol. 3, pp. 229-238.
- Cañada Quesada, R (2008). Expedientes de limpieza de sangre conservados en el Archivo de la Catedral de Jaen. ELUCIDARIO Nº5 pp 185 - 213.
- Ortiz Gómez, T. (1996b). Protomedicato y matronas: Una relación al servicio de la cirugía. Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam, 16, 109–120.
- Ruiz-Berdún, D. (2013). La primera enseñanza reglada de las matronas en España: El Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, 36(78), 387–410.

Fuentes documentales

- Archivo de la Real Chancillería de Valladolid. (1780). Expediente sobre el parto de Manuela Hernández, soltera, y depósito de ambas en el Hospital de Expósitos. Portal de Archivos Españoles (PARES), Ministerio de Cultura y Deporte. https://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/show/544881?nm
- Medina, Antonio (1750). Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear. Madrid: Oficina de Antonio Sanz. Versión digitalizada en Internet Archive / Google Books

Apuntes y breve análisis sobre la cartilla de parteras de D. Domingo Rosain de 1824

Laura Gutiérrez Chicote
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Profesora Universidad de Valladolid.
lgchicote@hotmail.com

Introducción

La formación de las matronas ha ido siguiendo un camino, y una evolución, hasta convertirse en una profesión sanitaria regulada y reconocida, tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea. En este camino hay avances y retrocesos, y el siglo XIX es un siglo clave en la regularización de los estudios y en la evolución de la profesión.

El objetivo de este artículo es analizar el Examen y Cartilla de Parteras de D. Domingo Rosain de 1824 de la Biblioteca Nacional de España, contextualizarla, y analizar su estructura y contenido, para poder seguir profundizando en el conocimiento y evolución del proceso de aprendizaje de las matronas hasta nuestros días, tanto en España, como en sus territorios coloniales.

Se ha procedido a una investigación histórica a través de una revisión bibliográfica que emplea como fuentes primarias la Cartilla de parteras de D. Domingo Rosain de 1824 de la Biblioteca Nacional de España, así como una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Se inició la búsqueda en el metabuscador Google Académico y posteriormente en las bases de datos Cuiden, La Biblioteca Cochrane Plus y Scielo.

Esta sencilla cartilla de parteras de 66 páginas fue escrita por el D. Domingo Rosain que era cubano, y se trata de la primera obra de Obstetricia escrita en Cuba.

Se analizan su estructura y su contenido, en especial los fundamentos de su saber y las competencias técnicas, y se destacan capítulos tan interesantes como el origen del nombre de partera, las circunstancias en las que deben ejercer, o bien, las instrucciones para que las matronas administraran el bautismo en un recién nacido en peligro de muerte, constatando así la importante función religiosa, además de la propia función asistencial.

Desarrollo

Contexto histórico en España y en las colonias españolas en 1824

La comprensión de esta obra requiere su adecuada contextualización histórica. La Cartilla y examen de matronas del Dr. Rosain fue publicado en 1824, que supuso un año clave en la historia de España.

En 1824, España se encontraba bajo el reinado absolutista de Fernando VII, cuyo regreso al trono en 1814 supuso la abolición del régimen constitucional y la restauración de un sistema político autoritario. Este periodo estuvo marcado por una profunda inestabilidad, tanto interna como externa, y por la progresiva desintegración del imperio colonial en América. Desde 1810, diversos territorios americanos habían iniciado procesos de independencia que culminaron en acontecimientos decisivos como la Batalla de Ayacucho en 1824, que sella la independencia del Perú y del resto de Sudamérica. Esto marca el colapso casi total del imperio español en América (excepto Cuba y Puerto Rico).

En este escenario Cuba adquirió una relevancia estratégica excepcional. A diferencia de otros territorios, permaneció bajo dominio español debido a la convergencia de factores económicos, sociales y políticos. Su economía, basada en la producción de azúcar y café la convertía en un enclave altamente rentable. Asimismo, las élites criollas optaron mayoritariamente por mantener la fidelidad a España, temerosas de que un proceso independentista desencadenara conflictos sociales. Esta situación propició un reforzamiento del control político y militar por parte de España, consolidando una relación colonial especialmente estrecha. En este marco

los intercambios culturales y científicos, incluidos los sanitarios, se intensificaron, lo que explica la transferencia de modelos formativos desde la península hacia la isla. Cuba tardó mucho más en independizarse (no lo logró hasta 1898).

Contexto profesiones sanitarias y los manuales para la formación de las matronas

En relación con el desarrollo de las profesiones sanitarias, destaca el papel del Real Tribunal del Protomedicato, institución que desde los Reyes Católicos, ejercía funciones de regulación, supervisión y examen de los profesionales de la salud. Desde finales del siglo XV, este organismo estableció mecanismos de control sobre el ejercicio de disciplinas como la medicina, la cirugía y la obstetricia, incluyendo la actividad de las matronas.

A partir del siglo XVI, se observa en Europa un creciente interés por la difusión del conocimiento obstétrico y ginecológico a través de tratados escritos. Sin embargo, estos textos fueron elaborados mayoritariamente por médicos varones, lo que contribuyó a la introducción de la figura masculina en un ámbito tradicionalmente femenino. En el contexto español, destaca la obra de Damián Carbón, publicada en 1541, considerada el primer tratado de obstetricia en lengua castellana, y titulado Libor del arte de las comadres o madrinas y regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Este manual respondía, en gran medida, a la percepción de que las parteras carecían de una formación adecuada, lo que justificaba la necesidad de instruirlas mediante manuales específicos.

Durante los siglos XVII y XVIII, este proceso se intensificó con la creciente institucionalización de la enseñanza médica y quirúrgica. Se elaboraron manuales destinados específicamente a la preparación de las matronas para los exámenes del Protomedicato, como el redactado por Antonio Medina. En 1750 se publica el texto con el título “Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear”. En 1752 se comienza a examinar a las parteras a través de la publicación de la Cartilla del arte de partear de Antonio Medina, médico de la familia real y examinador del Real Tribunal del Protomedicato. De esta cartilla se nutre la cartilla que el Dr.Rosain redacta y se lleva las colonias.

A comienzos del siglo XIX, la consolidación de la medicina como profesión altamente organizada y predominantemente masculina dio lugar a una progresiva apropiación del ámbito obstétrico por parte de los médicos. Este proceso relegó a las matronas a un papel subordinado, reforzando la necesidad de establecer mecanismos de formación y control más estrictos que garantizaran su competencia profesional.

Análisis de la obra. Características generales del manual

Autor

El doctor Domingo Rosaín Castillo (1791-1853) fue un médico cubano que se hizo cirujano en 1810 y doctor en Medicina en 1822, y realizó sus prácticas con el cirujano madrileño licenciado Francisco Lubian (1753-1829). En 1824, en su condición de Fiscal de parteras del Tribunal del Protomedicato de La Habana, Rosaín notó lo escasa y deficiente de la enseñanza que se les impartía a las aspirantes a ejercer esa profesión. Esto le sirvió de motivación para escribir un folleto que tituló "Examen y cartilla de parteras". Este manual de 44 páginas, que se imprimió por el impresor de la Real Marina José Boloña el 24 de diciembre de 1824, fue la primera obra escrita y publicada en la isla de Cuba sobre el particular.

Función

El "Examen y cartilla de parteras" tiene un doble objetivo: convertirse en un texto docente y, también, para la evaluación de las mujeres que quisieran ejercer como matronas. Su función era doble: por un lado, proporcionar a las parteras un manual formativo de acuerdo al programa oficial, así como una guía para el ejercicio profesional, y por otro, servir para examinar y acreditar la profesión de matrona a las mujeres que quisieran ejercer.

Redacción

Para conseguir con el objetivo propuesto, el autor se sirvió de un lenguaje sencillo utilizando como método didáctico la formulación de preguntas con respuestas y complementado con un esquema-dibujo al final de la cartilla. Los contenidos eran

claros, concisos y ordenados, y haciendo hincapié en facilitar la comprensión de las materias. Las fuentes para la elaboración de los manuales fueron los trabajos de los médicos y científicos contemporáneos. Es un manual con 66 hojas, de fácil lectura, y redactadas en castellano.

Estructura:

- Título: examen y cartilla para parteras. Teórico y práctica.
- Introducción del protomedicato
- Introducción del Dr. Rosain
- 10 artículos, que incluyen aspectos anatómicos —especialmente relacionados con la pelvis—, fisiológicos —como el embarazo y el desarrollo fetal— y clínicos —como el parto y sus posibles complicaciones—. Asimismo, se abordan cuestiones relativas a las anomalías fetales, los partos difíciles, los abortos y las hemorragias, lo que evidencia una voluntad de proporcionar una formación integral.

Conclusiones

La investigación y difusión de la historia de la formación de las matronas es tan necesaria como escasa. Necesitamos seguir analizando documentos que nos permitan comprender las circunstancias que nos llevan hasta la profesión tal y como la conocemos. Este texto pone de manifiesto, además, que el modelo de formación de las matronas del Siglo XIX en España se extiende también en las colonias españolas.

La relación entre España y Cuba tiene lazos económicos, políticos, sociales y culturales muy estrechos. Y también tiene lazos sanitarios como pone de manifiesto el análisis de la cartilla. El doctor Rosain, formado en el Madrid de principios del siglo XIX, se lleva los conocimientos y líneas de pensamientos que están vigentes en España a las colonias, concretamente a Cuba.

El análisis de la cartilla permite identificar la persistencia de una visión crítica hacia las parteras tradicionales, consideradas insuficientemente formadas. Este discurso legitima la intervención de la medicina académica y refuerza la necesidad de una formación reglada.

Como futuras líneas de investigación se deben analizar más tratados de conocimientos sobre las matronas, sobre su formación, sobre todo con fuentes primarias. La historia de las matronas es un campo insuficientemente estudiado.

Referencias bibliográficas

- Ganso, A.I. “Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado.” Tesis Universidad de Valladolid, 2016.
- García Martínez M.J. y García Martínez A.C. “Fechas claves para la historia de las matronas en España”. Híades 1999; 5-6: 246.
- Ortiz Gómez, T. “Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía” 1996
- Rosaín D. Examen y cartilla de parteras, teórico práctica. Biblioteca Nacional de España,1824.
- Ruiz Berdún, D. “Historia de las matronas en España”. 2022
- Santo Tomás Pérez, M. “La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media”2002 Serrano, I., “La formación de la matrona a lo largo de la historia”, Pamplona, 2002.
- Torremocha Hernández, M. “La Mujer Imaginada. Visión literaria de la mujer castellana en el barroco”. Editorial abecedario. Badajoz. 2010.
- Torremocha Hernández, M. “Parteras y maternidad: un oficio femenino, al servicio de la salud, la iglesia y la justicia (s. XVIII-XIX)”. 2025.
- Usunáriz, J.M. “Nacer en el Antiguo Régimen: el ritual del parto en la Europa Occidental”. 1999.
- López Espinosa, José Antonio, Impresión de la primera obra de obsetricia escrita en Cuba, Acimed 2007; 15(4)

Evolución de las competencias de la matrona a España del siglo XX: análisis de género

Carla Capó Florit[1], Rosa Noell Boix[2], Maria Carmen Malagón Aguilera[2], Marta Roqueta Vall-Llosera[2]

1 Estudiante del grado de enfermería de la Universidad de Girona.

2 Departamento de Enfermería. Universidad de Girona.

Introducción

La profesión de matrona, de origen ancestral y ligada a la transmisión oral del conocimiento, ha evolucionado paralelamente a los cambios sociales y culturales. Tradicionalmente ejercida por mujeres y arraigada a la comunidad, se consolidó como un oficio autónomo y esencial en la atención al parto (Alemany, 2007; Linares-Abad et al., 2008; Salazar-Agulló et al., 2008). Sin embargo, a partir del siglo XX —especialmente tras la Guerra Civil y el franquismo— la matronería sufrió un notable retroceso en sus competencias y autonomía (Alemany, 2007; Rodríguez-Portilla et al., 2014).

Hasta entonces, las matronas actuaban como profesionales independientes en ámbitos rurales y urbanos, desempeñando un papel clave en la salud maternoinfantil (Alemany, 2007; Linares-Abad et al., 2008). El conflicto bélico y la instauración del modelo patriarcal franquista relegaron a la mujer al ámbito doméstico y situaron la profesión bajo la autoridad médica masculina, limitando su capacidad de decisión (Alemany, 2007; Salazar-Agulló et al., 2008; Díaz, 2017). La creciente medicalización del parto transformó su práctica y redujo su margen de actuación (Linares-Abad et al., 2008; Ruiz-Berdún, 2022).

En este contexto, la perspectiva de género resulta clave para entender la involución profesional y la posterior recuperación de competencias a partir de los años 70 y 80, cuando las matronas comenzaron a recuperar espacios en educación maternal y atención primaria (Ruiz-Berdún, 2022; Hernández, 2009). Esta evolución muestra cómo los cambios sociopolíticos condicionaron su trayectoria y el rol que ocupan hoy en el sistema sanitario.

Objetivo

Conocer, mediante un análisis histórico y bibliográfico, la influencia de los sesgos de género en el desarrollo de las competencias de las matronas en España durante la Guerra Civil Española y la dictadura franquista.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica entre los meses de octubre y diciembre de 2025. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos Dialnet, Cuiden, SciELO y Google Scholar, utilizando palabras clave relacionadas con matrona, género, competencias y Guerra Civil Española. Se aplicaron criterios de inclusión orientados a identificar textos en español, catalán o inglés que abordaran la evolución de la profesión y la influencia del sesgo de género, así como documentos en acceso abierto. El proceso de selección se organizó mediante un diagrama de flujo PRISMA, del cual se obtuvieron 9 artículos que cumplieron los criterios establecidos.

Resultados

Los estudios muestran que el primer tercio del siglo XX supuso importantes transformaciones sociales que redefinieron el rol femenino en España. Según Alemany (2007), RuizBerdún y GomisBlanco (2016) y LinaresAbad et al. (2008), el modelo de mujer centrado en la maternidad y el hogar limitó su presencia pública y dificultó la profesionalización de las matronas. En esta línea, SalazarAgulló et al. (2008) explican que la ideología dominante reforzó la maternidad como destino femenino, reduciendo su autonomía dentro del sistema sanitario.

Durante la Guerra Civil, las matronas fueron especialmente represaliadas: muchas fueron encarceladas, ejecutadas o inhabilitadas por motivos políticos o por su

simple visibilidad en los domicilios (RuizBerdún & GomisBlanco, 2016). Incluso en prisión continuaron asistiendo partos en condiciones precarias, como refleja el testimonio de Trinidad Gallego Prieto (RuizBerdún & GomisBlanco, 2016).

En el ámbito formativo, las reformas del siglo XX fueron decisivas. TorresDíaz (2017) describe cómo el Manual para el adoctrinamiento de las matronas (1926) consolidó un modelo subordinado al médico. Posteriormente, la integración de las matronas en la categoría de ATS en 1953 —documentada por RodríguezPortilla et al. (2014) y RuizBerdún (2022)— eliminó su especificidad profesional. Además, la formación destinada a mujeres era más práctica y moralizante, mientras que los hombres recibían instrucción principalmente teórica (RodríguezPortilla et al., 2014).

La política sanitaria del primer franquismo estuvo marcada por un fuerte enfoque pronatalista. Según SalazarAgulló et al. (2008), el régimen atribuyó la caída de la natalidad a conductas "antinaturales" de la República, culpabilizando a las madres y reforzando la maternidad obligatoria. Aunque la mortalidad neonatal era mayor en hospitales, estas cifras se utilizaron para promover el parto institucional como herramienta de control ideológico.

La Iglesia también tuvo un papel clave en la legitimación moral de este modelo. Tal como señalan Alemany (2007) y LinaresAbad et al. (2008), la doctrina católica reforzó la subordinación femenina, justificó el sacrificio materno y promovió una visión moralizadora del parto. La oposición inicial al parto sin dolor y su aceptación condicionada ilustran esta influencia (RuizBerdún, 2022).

A partir de los años sesenta y setenta, con la expansión hospitalaria y la Seguridad Social, las matronas pasaron de la atención comunitaria a un modelo hospitalario tecnificado y jerárquico, como muestra el testimonio de Andrea Martínez (Alemany, 2007). Este proceso se acompañó de prácticas intervencionistas y de un trato percibido como poco humanizado (Hernández, 2009).

En los años ochenta, las matronas comenzaron a recuperar autonomía, especialmente en educación maternal y atención primaria, iniciando un proceso de reconstrucción profesional tras décadas de subordinación (RuizBerdún, 2022).

Discusión

La evolución de las competencias de las matronas en España estuvo profundamente condicionada por factores de género. Como señalan RodríguezPortilla et al. (2014), las profesiones feminizadas fueron moldeadas por estructuras patriarcales que limitaron su autonomía, y el retroceso vivido durante la Guerra Civil y el franquismo reflejó este patrón.

La represión política descrita por RuizBerdún y GomisBlanco (2016) fragmentó la continuidad histórica de la matronería, mientras que su integración como ATS consolidó la subordinación profesional (RuizBerdún, 2022; RodríguezPortilla et al., 2014). La medicalización del parto reforzó la jerarquía obstétrica masculina (Hernández, 2009), y los discursos religiosos legitimaron un modelo basado en maternidad y obediencia (Alemany, 2007; SalazarAgulló et al., 2008). Además, las políticas pronatalistas franquistas mostraron contradicciones entre evidencia sanitaria y discurso político (SalazarAgulló et al., 2008).

A partir de los años setenta, la recuperación parcial del rol profesional descrita por RuizBerdún (2022) evidenció la resiliencia del colectivo. En conjunto, la historia de la matronería no puede entenderse sin una lectura en clave de género y estructura institucional, y los efectos de la subordinación siguen presentes en los desafíos actuales, como señala también la OMS (World Health Organization, 2017).

Conclusiones

Los resultados confirman que la perspectiva de género ha sido determinante en la evolución de la profesión de matrona en España. Aunque históricamente ejercieron como profesionales autónomas, la Guerra Civil y el franquismo supusieron una ruptura que redujo sus competencias, las subordinó al médico y las integró como personal auxiliar dentro de una estructura sanitaria jerárquica. Este proceso implicó la pérdida de muchas de sus funciones tradicionales y diluyó su identidad como oficio independiente. En conjunto, la construcción social del rol femenino —centrado en la maternidad, la obediencia y la dependencia— condicionó decisivamente el desarrollo profesional de las matronas a lo largo del siglo XX.

A partir de este análisis, se identifican diversas líneas de investigación futuras

orientadas a profundizar en el papel de las matronas en los modelos de atención centrados en la mujer:

1. Profundizar en la recuperación histórica de matronas invisibilizadas o represaliadas.
2. Comparar la evolución profesional con países donde la matronería mantuvo mayor autonomía.
3. Analizar el impacto actual del legado franquista en la autonomía y el reconocimiento profesional.
4. Revisar los modelos formativos actuales para valorar la recuperación de competencias propias.

Referencias bibliográficas

- Alemany, M. J. (2007). Andrea Martínez, una matrona del siglo XX. Temperamentvm, (6391). https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/t6391
- Linares-Abad, M., Álvarez-Nieto, C., & Moral-Gutiérrez, I. (2008). El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. Index de Enfermería: Información Bibliográfica y de Investigación en Humanidades de la Enfermería, 17(4), 251–255. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2902656
- Salazar-Agulló, M., Bernabéu-Mestre, J., Martínez-Marco, E. A., & Ramos-Salas, E. (2008). Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. La colección "Al Servicio de España y del Niño Español". Matronas Profesión, 9(8), 28–33. https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/7e9c4e1c-004d-434a-a5c7-98291b468910/content
- Ruiz-Berdún, D., & Gomis-Blanco, A. (2016). Matronas víctimas de la Guerra Civil Española. Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de las Ciencias, 68(2), 14. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5804600
- Rodríguez-Portilla, N. E., Castaño-Molina, M. de los Á., & Martínez-Roche, M. E. (2014). Influencia del género en la formación de las matronas en el siglo XX. Index de Enfermería: Información Bibliográfica y de Investigación en Humanidades de la Enfermería, 23(3), 171–175. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4838108
- Díaz, Á. T. (2017). Un manual para el adoctrinamiento de las matronas. Temperamentvm, 13, e11600. https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e11600
- Ruiz-Berdún, D. (2022). De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo XX. Historia, Memoria y Educación, (15), 63–98. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8220941
- Hernández, R. R. de V. (2009). Historia de vida de una matrona: entre la tecnificación y la humanización del parto. Temperamentvm, t6942. https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/t6942

- Midwives' emotion and body work in two hospital settings: Personal strategies and professional projects. (2026). https://www.academia.edu/71478324/Midwives_emotion_and_body_work_in_two_hospital
- World Health Organization. (2017). Nursing and midwifery in the history of the World Health Organization (1948–2017). https://www.who.int/publications/i/item/nursing-and-midwifery-in-the-history-of-the-world-health-organization-(1948–2017)

Aurora Pavón Muñoz. Practicante y matrona. De navegante a presidenta de las matronas gaditanas

Mariana García González* y Manuel Cano Leal
Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana (GIHEG) del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.
*cordo_besa@hotmail.com

Resumen

Aurora Pavón Muñoz (1897-1985), practicante y matrona, fue nombrada Presidenta del primer Colegio Oficial de Matronas de Cádiz en 1952 y continuó liderando este organismo hasta la extinción de esta sección provincial en 1977. Este trabajo biográfico reconstruye su vida mediante fuentes documentales y orales, con el objetivo de conocer su enorme contribución a la profesión y su firme implicación en la Organización Colegial. Su historia permite deconstruir el género del cuidado, mostrando a una mujer adelantada a su época que ejerció como navegante y líder institucional. El rescate de su memoria ha sido recompensado con un acto de justicia histórica: la colocación de su retrato en la galería de presidentes del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

Introducción y justificación

Tomar posición desde la historia de la enfermería exige visibilizar a aquellas mujeres que sostuvieron la profesión en tiempos de profundos cambios y dificultades. Históricamente, las cuidadoras han sido encasilladas bajo estereotipos de género que limitaban su reconocimiento, por lo que resulta imprescindible rescatar

biografías como la de Aurora Pavón Muñoz, Presidenta del primer Colegio Oficial de Matronas de Cádiz (1952-1977).

Asumir este cargo supuso enfrentarse a un momento normativo sumamente crítico. Apenas un año después de su nombramiento, se publicó el Decreto de 4 de diciembre de 1953, por el que se unificaron los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios (Practicantes, Enfermeras y Matronas) bajo el título único de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Adicionalmente, el marco organizativo colegial sufrió transformaciones, ya que normativas como la Orden de 22 de diciembre de 1944 ordenaban que el Consejo General y los colegios provinciales pasaran a denominarse de Auxiliares Sanitarios, divididos internamente en las secciones de Practicantes, Matronas y Enfermeras. Estas reformas diluyeron la independencia del colectivo e impusieron un enorme reto de supervivencia institucional que Aurora Pavón supo sortear y liderar durante 25 años.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo consiste en reconstruir la trayectoria vital y profesional de Aurora Pavón Muñoz, como referente de aquellas mujeres que estudiaron simultáneamente las carreras de practicante y matrona y su firme implicación en la Organización Colegial gaditana.

Esto lleva implícito la consecución de los objetivos específicos: 1) Analizar la evolución del Colegio de Matronas durante el período en que formaron parte de una sección en el Colegio de Auxiliares Sanitarios (1952-1977); 2) Visibilizar la presencia y el esfuerzo de las mujeres en la profesión enfermera y en especial, a aquellas que asumieron la presidencia desde el asociacionismo colegial; y 3)Explorar el impacto de su liderazgo de resistencia para mantener vivo el Colegio de Matronas que progresivamente disminuía en número de colegiadas y recursos económicos.

Metodología y fuentes

El presente trabajo es una investigación de carácter biográfico, historiográfico y cualitativo. La mayor dificultad metodológica inicial radicó en la propia identificación de Aurora Pavón como presidenta, un hecho que paradójicamente no estaba reconocido en el propio Colegio de Enfermería hasta recientes investigaciones.

La metodología ha consistido en la búsqueda y análisis de fuentes documentales primarias del Archivo del Colegio de Enfermería de Cádiz (expedientes colegiales y actas) y del Archivo de la Universidad de Cádiz (expedientes académicos de Aurora Pavón). Asimismo, el trabajo se ha nutrido fundamentalmente de la historia oral, gracias a la entrevista y al material gráfico y documental (carnet, recuerdos, fotografías y objetos personales) proporcionado por su sobrina nieta, Ángeles Sampalo de la Torre. Esta aportación ha permitido recuperar su historia de la manera más completa y humana posible. Todo ha resultado ser especialmente sensible, porque poco tiempo después Ángeles falleció, cumpliendo su misión de ser la transmisora de la historia de su querida tía Aurora.

Resultados y desarrollo de los estudios a la navegación

La vida de Aurora nunca fue fácil. Creció en una familia de ocho hermanos que fueron criados aprendiendo lo más importante de la vida: obediencia, respeto y ayuda a las personas que más lo necesitaban. Tuvieron la inmensa desgracia de que los hombres de la familia fallecían jóvenes, por lo que las mujeres tuvieron que salir a trabajar para sacar a sus familias adelante.

Estas duras circunstancias forjaron en ella un carácter sumamente adelantado y valiente para su época. Aurora se formó académicamente, logrando titularse y ejercer profesionalmente. Rompiendo los roles de género tradicionales que confinaban a las mujeres al espacio doméstico, se embarcó para trabajar, y fue precisamente en ese barco donde conoció al que sería su marido, Ángel Irazola Sagastasoloa. Tras formalizar su relación, Aurora desembarcó. El matrimonio no llegó a tener descendencia por falta de tiempo y por los avatares que estaban por venir.

Los reveses de la guerra y la labor asistencial. El estallido de la Guerra Civil española supuso un terrible revés en sus vidas. Ángel quedó perdido tres años en la "zona roja", logrando salvar su vida únicamente gracias a que ejercía como enfermero. Sin embargo, la tragedia volvió a golpear a la familia: cuando por fin iban a estar juntos tras el conflicto, él enfermó de tuberculosis. Aurora se dedicó a cuidarlo incondicionalmente hasta su muerte. Ella amó profundamente a su marido y, con la misma intensidad, a su profesión.

A Aurora no le gustaba hablar de su vida privada, pero demostró ser una persona con una dedicación absoluta hacia su trabajo. Trabajó haciendo guardias para atender a las personas sin recursos. Su vocación era tal que, cuando llegaba una mujer a dar a luz, ella misma la lavaba y estaba pendiente de ella hasta el final del alumbramiento.

Continuó ejerciendo esta dura e imprescindible labor asistencial en la Beneficencia Municipal de Cádiz hasta la edad de 70 años, constando oficialmente su cese en el servicio activo por jubilación forzosa el 31 de diciembre de 1967.

25 años de Presidencia Institucional. El liderazgo de Aurora Pavón se oficializó cuando tomó posesión como Presidenta de la Sección de Matronas de Cádiz, cargo al que accedió por nombramiento de la Dirección General de Sanidad, como Presidenta del primer Colegio Oficial de Matronas de la provincia, dio posesión a los demás cargos para constituir la primera Junta Directiva, tal y como consta en el Acta número Uno del 10 de septiembre de 1952. Aunque su acceso original al cargo fue una designación institucional del Estado para fundar el colegio, a efectos del registro colegial, y probablemente rarificado para sus sucesivos mandatos ininterrumpidos, su cargo quedó formalizado e inscrito como una presidencia por elección.

Durante un cuarto de siglo, presidió las Juntas Directivas y firmó las actas colegiales como “La Presidenta”, dejando constancia de su autoridad y gestión. Durante todo este tiempo, tuvo que hacer frente a enormes obstáculos institucionales. La unificación de las profesiones bajo el título de ATS supuso un drástico freno a las nuevas colegiaciones de matronas y una merma económica que amenazaba constantemente la subsistencia del organismo. Las diferentes secciones (Practicantes, Matronas y Enfermeras) debían convivir bajo el paraguas del Colegio de Auxiliares Sanitarios. Pese a todas estas presiones de asimilación, Aurora resistió tenazmente en la presidencia defendiendo el espacio propio de las matronas gaditanas. Sus principales estrategias fueron:

Aumento progresivo de las cuotas colegiales: Para subsistir y hacer frente a las exigencias del Consejo Nacional (requería el 25% de lo recaudado), los pagos de la revista Surgere (revista institucional vinculada al Consejo Nacional a la que estaban suscritas las matrona) y las aportaciones a la Confederación Internacional de Ma-

trona, Aurora tuvo que elevar las cuotas repetidamente. La cuota pasó de 5 a 8 pesetas en 1955, a 15 en 1959, 25 en 1965, 50 en 1967, 75 en 1974, hasta alcanzar las 100 pesetas en 1975. Además hubo que solicitar cobro de cuotas extraordinarias en momentos puntuales.

Uso compartido de la sede: al principio con el Colegio de Practicantes y posteriormente, en 1961, ante la falta de espacio y los precios elevados de los alquileres, Aurora tomó la iniciativa de hablar con la presidenta de la Sección de Enfermeras para buscar un local conjunto para ambas secciones femeninas.

Se mantuvo en el cargo hasta el 31 de diciembre de 1977, fecha en la que causó baja por la definitiva "unificación de Colegios", clausurando así una época fundamental para el asociacionismo femenino en la región.

Conclusiones

El estudio de la vida de pioneras como Aurora Pavón Muñoz resulta indispensable para deconstruir el género del cuidado desde la Historia de la Enfermería. Lejos del rol de cuidadora pasiva y subordinada, su figura nos revela a una profesional proactiva que rompió esquemas: navegó ejerciendo su profesión, demostró una fortaleza inquebrantable ante las mayores tragedias familiares y lideró durante 25 años la representación institucional de las matronas gaditanas frente a normativas que intentaban invisibilizarlas.

Gracias a la labor del Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana y a las aportaciones inestimables de su familia, se ha subsanado un prolongado vacío historiográfico. Como acto de verdadera justicia y reconocimiento, hoy el retrato de esta excepcional mujer y líder colegial se muestra en la galería de presidentes del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

Bibliografía y fuentes

- Archivos del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz: Expedientes colegiales, Ficha de Colegiada (nº 40040) y Libros de Actas de las reuniones celebradas por la Sección de Matronas.
- Archivo de la Universidad de Cádiz (UCA): Expedientes académicos de Aurora Pavón (ES.110125.AUCA/FM3.2.1./152//C-270 y C-276),.
- Testimonios orales y material documental (fotografías, carnet profesional) proporcionado por Ángeles Sampalo de la Torre (sobrina nieta).
- Ministerio de la Gobernación. Orden de 22 de diciembre de 1944 por la que se dispone que el Consejo General y sus colegios provinciales se denominen de auxiliares sanitarios.
- Ministerio de Educación Nacional. Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas.
- Ruiz-Berdún, D. y Gomis Blanco, A. (2016). Compromiso social y género: La historia de las matronas en España en la Segunda República, la Guerra Civil y la Autarquía (1931-1955).
- García González, M. y Cano Leal, M. (2018). Aurora Pabón Muñoz, la única presidenta de la Sección Matronas de Auxiliares Sanitarios de Cádiz (1952-1977).

Una vida entre partos y guardias: memoria oral de Adela del Barrio, matrona de Valladolid

Ana Isabel Ganso Pérez[1], M.ª Eugenia Gómez de Enterría Cuesta[2], Martín Jesús Gutiérrez Morán[3], Mario Amo Blanco[4], Susana Santiago Fernández[5]

1 Matrona. Centro de Salud Circunvalación. Área Este Atención Primaria Valladolid.

2 Matrona. Centro de Salud Laguna de Duero. Área Oeste Atención Primaria Valladolid.

3 Enfermero. Unidad de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

4 Enfermero. Unidad de Traumatología. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

5 Enfermera. Unidad de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción

La historia de las enfermeras ha permanecido frecuentemente en un segundo plano dentro de la historiografía sanitaria, ya que, al apoyarse en gran medida en fuentes institucionales, la visibilidad de determinados colectivos profesionales como las matronas se ha visto limitada.

La historia oral es una opción especialmente adecuada para recuperar experiencias profesionales que no suelen quedar reflejadas en los archivos administrativos ni en la normativa oficial (Bernabeu-Mestre, 2014).

Las fuentes orales son fundamentales para analizar la construcción de identidades profesionales, ya que recogen percepciones y vivencias de los propios protagonistas (Ortiz Gómez, 2005).

Los enfoques narrativos y auto etnográficos nos permiten entender la experiencia desde el punto de vista de quien la vive, y muestran la importancia del relato como fuente en el ámbito del cuidado, (Gil-Mateu, 2023).

El enfoque biográfico-narrativo es una herramienta fundamental para generar conocimiento, al centrarse en el significado que las experiencias individuales adquieren en contextos concretos (Buitrago Malaver, 2018).

Con respecto a la formación de las matronas, sabemos que ha experimentado diferentes transformaciones, adaptándose a los nuevos contextos y demandas asistenciales (Contreras Gil, 2016). Las fuentes orales han permitido conocer aspectos fundamentales de la formación, aportando información que normalmente no se encuentra en registros escritos (Martínez Santos, 2017).

Además, el uso del testimonio es una herramienta pedagógica relevante, favoreciendo el aprendizaje a partir de experiencias reales (Martín, 2025).

La investigación también ha experimentado un gran desarrollo gracias a la incorporación de metodologías cualitativas que abordan dimensiones culturales, sociales y emocionales (Castañeda, 2023).

El objetivo de este trabajo es conocer una parte de la historia de las matronas a través de la trayectoria vital y profesional de Adela del Barrio Fernández, matrona con más de cuatro décadas de ejercicio, que desarrolló su actividad profesional fundamentalmente en Valladolid entre 1950 y 1990, un periodo caracterizado por importantes transformaciones sanitarias, políticas y sociales.

Para ello se realizó un estudio cualitativo de carácter histórico basado en la metodología de la historia oral, utilizando como fuente principal una entrevista en profundidad, grabada en audio y transcrita de manera literal, previo consentimiento informado.

Posteriormente se analizó mediante una aproximación a diferentes temas, identificando campos relacionados con la identidad profesional, las condiciones laborales, la práctica profesional y la formación. (Creswell, 2013; Flick, 2015).

Desarrollo

Formación y contexto sociocultural

Adela del Barrio Fernández nació el 29 de septiembre de 1930. Tras cursar sus estudios de “Practicante”, se formó como matrona en el Hospital de Santa Cristina, uno de los principales centros de formación de la época.







Título de matrona y orla de Adela del Barrio Fernández



Casa de Salud Santa Cristina. Escuela de Matronas, Madrid. Publicidad del Instituto de Biologia y Sueroterapia (IBYS), ca. 1920. Nº 12.

Según relata, la mayor parte del conocimiento se adquiría observando a matronas más veteranas y repitiendo procedimientos hasta dominarlos. Este modelo formativo generó profesionales con una sólida experiencia práctica, pero con una escasa legitimación académica, lo que condicionó el reconocimiento de la profesión.

Los exámenes consistían en demostrar habilidades prácticas, lo que reforzaba la idea de que la competencia profesional se medía por la destreza manual y la capacidad de respuesta ante situaciones reales.



Su aprendizaje se apoyó en manuales de referencia como el de Box María-Cospedal (1942)[2], obra ampliamente utilizada en la formación de practicantes, matronas y enfermeras.

La entrevistada recuerda que los libros de referencia eran muy escasos y se utilizaban durante años, incluso cuando ya estaban desactualizados. Conservar un manual propio era considerado un bien valioso.

Inició su ejercicio profesional en Briviesca en 1953, en un contexto sociocultural marcado por fuertes limitaciones para la mujer en el ámbito laboral, siendo necesario incluso el permiso paterno para ejercer. Este hecho refleja las normas sociales vigentes y la posición subordinada de la mujer en la sociedad de la época. Posteriormente desarrolló su trayectoria en Valladolid, donde se colegió con el número 100 y trabajó hasta su jubilación en 1990.

Durante la década de 1950, la organización sanitaria en Valladolid se caracterizaba por la coexistencia de hospitales históricos, centros de beneficencia y una red incipiente vinculada al Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Adela destaca la figura de las matronas de cupo o "de la calle", que desarrollaban su actividad en el ámbito domiciliario, y prestaban asistencia a mujeres fuera del entorno hospitalario. En Valladolid trabajaron 6 matronas en varios distritos. Fueron profesionales vinculadas con la comunidad, a través de un modelo de asistencia cercano y basado en la confianza, asumiendo una elevada autonomía y responsabilidad y siendo en muchas ocasiones el único recurso durante la atención al parto. Su trabajo implicaba disponibilidad permanente y desplazamientos continuos: "siempre deprisa (…) de una casa a otra", evidenciando la intensidad de su labor.

En noviembre de 1953, cuando se inauguró en Valladolid la Residencia sanitaria "Onésimo Redondo" [3], comenzó a trabajar allí, siendo junto a otras dos matronas las encargadas de atender a las mujeres que acudían a dicho hospital.



Fotografía de la Residencia Sanitaria Onésimo Redondo (Valladolid), ca. 1950s. Reproducida en Vallisoletvm (2020), *El antiguo Hospital Río Hortega*. Fuente original no identificada.

Su relato, permite conocer el proceso de transición desde un modelo de atención al parto domiciliario hacia un modelo hospitalario más estructurado y jerarquizado impulsado tanto por razones de seguridad como por cambios en la organización del sistema sanitario.

Adela sitúa sus primeros años de ejercicio en un contexto mixto, en el que muchas mujeres seguían dando a luz en sus casas y el hospital se reservaba para casos complicados o para población asegurada.

Condiciones laborales y carga asistencial

El testimonio pone de manifiesto unas condiciones laborales caracterizadas por una gran responsabilidad y una elevada carga asistencial, lo que implicaba una gran exigencia física y emocional: "hacíamos 24 horas con un promedio de diez o doce partos (…) incluso 16 partos en una guardia".

Estos datos evidencian no solo la dureza del trabajo, sino también el papel de la matrona en la atención obstétrica, especialmente en un contexto de alta natalidad.

Asimismo, la práctica profesional requería una disponibilidad constante, tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario, lo que implicaba una dedicación prácticamente ininterrumpida. A ello se sumaban limitaciones materiales significativas, que obligaban a adaptar la práctica a los recursos disponibles.

En este sentido, la informante relata: "Muchas veces tenías que apañarte con lo que había, hervir el material, reutilizarlo… y seguir trabajando porque no podías dejar a la mujer sola, eso era impensable, aunque no hubiera medios".

Estas palabras ilustran no solo la precariedad de los medios, sino también el compromiso profesional y la responsabilidad asumida en la atención, ya que la seguridad de la mujer y del recién nacido dependía en gran medida de la pericia de la matrona.

Innovación y adaptación tecnológica

La práctica profesional de la protagonista se caracterizó por la combinación de experiencia clínica basada en la observación directa y los conocimientos técnicos, pero a su vez fue testigo de la incorporación progresiva de innovaciones tecnológicas, como la monitorización fetal, integradas con prácticas clínicas tradicionales, proceso que refleja la adaptación de las matronas a un sistema sanitario en transformación, aunque esto no supuso el abandono de herramientas clínicas tradicionales. En este sentido, la informante destaca que "siempre llevaba el estetoscopio por si fallaba la luz", lo que refleja una práctica basada en la prudencia y la experiencia clínica.

Reconocimiento profesional y desigualdades

En relación con el reconocimiento profesional, la narradora expresa una percepción de escasa valoración social, señalando que la matrona era considerada "la pariente pobre" dentro del sistema sanitario. Este aspecto puede interpretarse en el marco de las desigualdades de género y de la infravaloración histórica de los cuidados.

Asimismo, se identifican desigualdades respecto a otras profesionales sanitarias, especialmente en términos de reconocimiento, condiciones laborales y valoración social.

Estos elementos pueden interpretarse en el ámbito de la infravaloración histórica de las profesiones ligadas al cuidado y la división sexual del trabajo, tal y como muestran diversos estudios sobre identidad profesional en el ámbito sanitario (Ortiz Gómez, 2005).

Dimensión humana del cuidado

Uno de los aspectos más relevantes del testimonio es la importancia otorgada al componente humano de la atención, ya que la matrona proporcionaba acompañamiento, apoyo emocional y escucha activa a las mujeres. La entrevistada destaca que una parte fundamental del cuidado residía en la cercanía y en la relación interpersonal, elementos que contribuían a reducir la ansiedad y el miedo asociados al parto: "una palabra de cariño…".

Señala que el avance tecnológico, ha ido acompañado, en su opinión, de una pérdida de humanidad en la atención, lo que plantea la necesidad de reflexionar sobre la humanización de los cuidados en el contexto actual.

Por otra parte, también se pone de manifiesto la carga emocional asociada a determinadas experiencias, especialmente en situaciones adversas: "a eso no te acostumbras nunca".

Identidad profesional y liderazgo

Además de su labor asistencial, Adela desempeñó funciones organizativas relevantes, como supervisora y presidenta del colegio profesional. Este hecho refleja no solo su experiencia, sino también su capacidad de liderazgo y su compromiso con la profesión. Su trayectoria pone de manifiesto una fuerte identidad profesional basada en la vocación, la responsabilidad y la autonomía en la toma de decisiones clínicas.

Establece una comparación con la actualidad, donde, la motivación vocacional habría disminuido en favor de factores como la estabilidad laboral o el estatus social.

Conclusiones

El testimonio de Adela, aunque es subjetivo y no representa a todo el colectivo, es una fuente valiosa para comprender la evolución de la atención obstétrica, así como el papel desempeñado por las matronas en dicho proceso. Aporta información no solo de las condiciones materiales del trabajo, sino también las dimensiones emocionales y simbólicas asociadas al mismo y permite comprender los cambios ocurridos en el sistema sanitario.

Al tratarse de una única fuente, los resultados no son generalizables, pero sí permiten profundizar en la comprensión de la experiencia vivida.

La historia oral se confirma como una herramienta fundamental para conocer el trabajo de la matrona, frecuentemente invisibilizado, permitiendo recuperar experiencias que enriquecen la comprensión de la profesión. En este caso, pretende servir como un homenaje a todas aquellas matronas cuya labor, ha permanecido en gran medida en el anonimato: "quisiera que fuera un homenaje para ellas".

Como futuras líneas de investigación, se propone ampliar el número de testimonios, incorporar análisis comparativos entre diferentes contextos geográficos y profundizar en el estudio de la evolución de la identidad profesional de las matronas.

Referencias bibliográficas

- Bernabeu-Mestre, J., & Galiana-Sánchez, M. E. (2014). Fuentes orales e historia de la enfermería: aportaciones metodológicas. Index de Enfermería, 23(1–2), 5–10.
- Box María-Cospedal, A. (1942). Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras. Instituto Editorial Reus.
- Buitrago Malaver, L. A., & Arias López, B. E. (2018). Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en enfermería. Index de Enfermería, 27(1–2), 62–66.
- Castañeda, R. F. G. (2023). Investigación cualitativa en enfermería y salud: bases filosóficas, teóricas y metodológicas. Comunicación Científica.
- Contreras Gil, J. (2016). La formación de las matronas: una aproximación al estudio de la evolución de esta profesión (1857–1957) (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid).
- Creswell, J. W. (2013). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (3rd ed.). Sage.
- Flick, U. (2015). Introducción a la investigación cualitativa. Morata.
- Gil-Mateu, E. (2023). Las autoetnografías y su interés para la investigación sobre el cuidado de la salud. Index de Enfermería, 32(1).
- Martín, A. G. (2025). El valor del testimonio para la formación profesional de los estudiantes de ciencias médicas. Filosofía, Salud y Humanidades, 3(1). https://revfhs.sld.cu/index.php/fhs/article/view/699
- Martínez Santos, Y., Germán Bes, C., & Amezcúa Martínez, M. (2017). Historia contemporánea de la formación enfermera en las fuentes orales: el caso de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) del distrito universitario de Zaragoza. Temperamentvm: Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero, 13. http://www.index-f.com/temperamentum/v13/e11752.php
- Ortiz Gómez, T. (2005). Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. Asclepio, 57(1), 75–98.

Fuente oral primaria

Entrevistas a Adela del Barrio Fernández (1930–actualidad), matrona jubilada. Valladolid, diciembre de 2025.

La matrona en España: evolución histórica y reconocimiento profesional

Inés Gutiérrez Carrera[1] y Sara García Villanueva[2]

1 Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Sacyl.

2 Universidad de Valladolid. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste

Introducción

La figura de la matrona ha desempeñado un papel fundamental en la atención al embarazo, parto y puerperio desde las primeras civilizaciones. En España, tradicionalmente conocida como partera o comadrona, su práctica se basó en un saber empírico transmitido de generación en generación entre mujeres. A pesar de su relevancia social y sanitaria, su contribución ha sido a menudo invisibilizada, especialmente a partir del desarrollo de la medicina académica y la progresiva medicalización del parto. Este proceso ha sido ampliamente documentado en la literatura histórica, destacando la progresiva subordinación del saber tradicional femenino al modelo biomédico (Ortiz Gómez & Ballester, 2001; Ehrenreich & English, 2010).

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia histórica de la matrona y su evolución en España, prestando especial atención a los cambios en su reconocimiento profesional.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de las palabras clave en bases de datos como PubMed, así como el análisis de fuentes secundarias, incluyendo libros de historia de la enfermería, estudios sobre partería en España y normativa sanitaria.

Desarrollo

Desde la Edad Media, las parteras en España estuvieron sujetas a regulación mediante ordenanzas municipales y disposiciones reales, lo que evidencia su reconocimiento institucional temprano (Espina-Jerez et al.,2022). Durante los siglos XVI y XVII, se estableció la obligatoriedad de superar un examen ante el Protomedicato para poder ejercer legalmente, lo que supuso un primer intento de control y profesionalización de la actividad.

A partir del siglo XVIII, el desarrollo de la obstetricia como disciplina médica y la progresiva incorporación de varones el ámbito del parto provocaron una pérdida de autonomía de las matronas. Este proceso de medicalización implicó la subordinación de su práctica al saber médico, enmarcándose en un fenómeno más amplio de medicalización de la salud característico de los siglos XVIII y XIX, que transformó profundamente la atención al parto (Rodríguez Ocaña & Perdiguero, 2006).

No obstante, en el siglo XIX se produjo un avance significativo con la instauración de una formación reglada vinculada a las facultades de medicina, consolidándose así la figura de la matrona titulada (Ruiz-Berdún, 2013). Tal y como señala Ruiz-Berdún, este proceso no solo supuso una institucionalización del conocimiento, sino también una transformación del rol de la matrona, que pasó de un modelo tradicional a uno progresivamente profesionalizado, aunque aún bajo la tutela médica. Asimismo, este cambio implicó la incorporación progresiva de las matronas a instituciones docentes y sanitarias, convirtiéndose en uno de los primeros colectivos femeninos en acceder a una formación reglada en España (Ruiz-Berdún,2022).

Durante el siglo XX, la integración de las matronas en el sistema sanitario y su vinculación con la enfermería favorecieron la consolidación de su identidad profesional (Martínez Martín, 2007; Ruiz Berdún, 2022). En este periodo, las matronas también desempeñaron un papel clave en la educación maternal y la preparación al parto, ampliando sus funciones más allá de la asistencia estrictamente clínica. Finalmente, en el siglo XXI, la implantación de la formación sanitaria especializada a través del sistema de Enfermero/a Interno/a Residente (EIR) ha supuesto un avance decisivo, al garantizar una formación homogénea y de calidad en todo el territorio nacional (Boletín Oficial del Estado, 2005; Boletín Oficial del Estado,2009).

Cabe destacar que desde la Antigüedad y la Edad Media, las matronas desempeñaron funciones esenciales que sentaron las bases de la atención obstétrica actual y constituyeron la principal figura de referencia en la asistencia al parto. Entre sus principales aportaciones se encontraba la asistencia directa al parto mediante técnicas manuales, el acompañamiento continuo a la mujer y la transmisión de conocimientos prácticos sobre el proceso reproductivo. Asimismo, desarrollaron estrategias para la identificación de complicaciones durante el parto y la aplicación de cuidados básicos al recién nacido, contribuyendo de manera significativa a la supervivencia materno-infantil en contextos con escasos recursos sanitarios (Espina-Jerez et al., 2023; Mérida, 2007). Ruiz-Berdún destaca igualmente que estas prácticas, aunque carentes de base científica formal, constituían un saber especializado y socialmente reconocido dentro de las comunidades.

Además, su papel transcendía el ámbito estrictamente clínico, ya que también actuaban como figuras de apoyo emocional y social, generando redes de cuidado entre mujeres y favoreciendo un enfoque integral del proceso de maternidad. En este sentido, su labor fue clave en la construcción de un modelo de atención centrado en la mujer, cuyos principios siguen vigentes en la práctica actual de la matrona (Ortiz Gómez & Ballester, 2001; Ehrenreich & English, 2010).

Diversos estudios han puesto de manifiesto el impacto positivo de la atención liderada por matronas en los resultados materno-infantiles. Se estima que la intervención de las matronas cualificadas podría prevenir hasta el 83% de las muertes maternas, neonatales y perinatales a nivel mundial (World Health Organization,2019). En este sentido, los modelos de atención centrados en la matrona se asocian con una menor tasa de intervenciones obstétricas, como cesáreas y episiotomías, así como con una mayor satisfacción materna durante el proceso de parto (Palau-Costafreda et al.,2023).

En España, la evolución hacia un modelo más humanizado ha reforzado el papel de la matrona no solo en el parto, sino en la atención integral a la mujer a lo largo de todo su ciclo vital. Su labor abarca la educación para la salud, el acompañamiento durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención en la salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar y prevención de enfermedades (Federación de Asociaciones de Matronas de España,2010).

Asimismo, la evidencia señala que la continuidad asistencial proporcionada por matronas contribuye a mejorar los resultados clínicos y emocionales, favoreciendo un enfoque más respetuoso, individualizado y centrado en la mujer. Este modelo no solo mejora la experiencia del parto, sino que también tiene un impacto positivo en la salud a largo plazo de madres y recién nacidos.

De este modo, la figura de la matrona ha evolucionado desde un rol tradicional basado en el conocimiento empírico hasta consolidarse como un/a profesional altamente cualificada/o, clave en los sistemas de salud actuales y en la promoción de modelos de atención más seguros, eficaces y humanizados.

Conclusiones

La matrona ha sido históricamente una figura clave en el cuidado integral de la mujer en España, a pesar de los procesos de invisibilización y subordinación que ha experimentado a lo largo del tiempo.

El reconocimiento de su evolución histórica permite visibilizar su contribución al desarrollo de la enfermería y reforzar su papel actual en la atención a la salud sexual, reproductiva y materno-infantil. Reforzar su visibilidad histórica contribuye no solo al reconocimiento profesional, sino también a la consolidación de modelos de atención más humanizados y centrados en la mujer.

Como futura línea de investigación, sería relevante profundizar en el análisis del impacto de la medicalización del parto en la práctica profesional de las matronas, así como en su papel en los modelos actuales de atención centrados en la mujer.

Referencias bibliográficas

- Espina-Jerez, B., Romera-Álvarez, L., Cotto-Andino, M., Aguado, M. D., Siles-González, J., & Gómez-Cantarino, S. (2022). Midwives in health sciences as a sociocultural phenomenon: Legislation, training and health (XV–XVIII centuries). Medicina, 58(9), 1309. https://doi.org/10.3390/medicina58091309
- Espina-Jerez, B., Aguiar-Frías, A. M., Siles-González, J., Cunha-Oliveira, A., & Gómez-Cantarino, S. (2023). The art of childbirth of the midwives of Al-Andalus: Social assessment and legal implication of health assistance in the cultural diversity of the 10th–14th centuries. Healthcare, 11(21), 2835. https://doi.org/10.3390/healthcare11212835
- Palau-Costafreda, R., García Gumiel, S., Eles Velasco, A., Jansana-Riera, A., Orus-Covisa, L., Hermida González, J., Algarra Ramos, M., Canet-Vélez, O., Obregón Gutiérrez, N., & Escuriet, R. (2023). The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. Birth, 50(4), 1057–1067. https://doi.org/10.1111/birt.12749
- Díaz, E. A., & González, J. S. (2016). The domestic participation in birth assistance in the mid-twentieth century. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, e2727. https://doi.org/10.1590/1518-8345.0574.2727
- Ruiz Berdún, D. (2022). De los cursos de puericultura a la educación maternal: El papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo XX. Historia y Memoria de la Educación, 15, 63–98. https://doi.org/10.5944/hme.15.2022.30597
- Mérida, M. C. F. (2007). Breve historia de las matronas españolas (1400–1950). Temperamentvm, (6), 65–81. https://www.ciberindex.com/index.php/t/article/view/t6136
- Ortiz Gómez, T., & Ballester, L. (2001). Midwives, women and the medical profession in Spain (18th–20th centuries). Dynamis, 21, 201–225.
- Ruiz-Berdún, D. (2013). La primera enseñanza reglada de las matronas en España: El Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. Llull, 36(78), 387–410.
- Martínez Martín, M. L. (2007). Historia de la profesión de matrona en España. Cultura de los Cuidados, 11(22), 30–38.
- García García, I., & Gozalbes Cravioto, E. (2013). Surgimiento y desarrollo de la historia de la enfermería en España. Enfermería Global, 12(2), 305–314. https://doi.org/10.6018/eglobal.12.2.160381

- Rodríguez Ocaña, E., & Perdiguero, E. (2006). Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX–XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 13(2), 303–324. https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000200007
- Ehrenreich, B., & English, D. (2010). Brujas, parteras y enfermeras.
- Boletín Oficial del Estado. (2005). Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354
- Boletín Oficial del Estado. (2009). Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881
- World Health Organization. (2019). Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030. WHO.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2010). Perfil profesional de la matrona. FAME.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Ruiz-Berdún, M. D. (2022). Historia de las matronas en España. Editorial Guadalmazán.

Conferencias y ponencias

6

Perspectivas transnacionales diversidad y políticas de salud



Homens e mulheres na enfermagem portuguesa

Paulo Joaquim Pina Queirós
Professor Coordenador com Agregação, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra. Investigador da UICISA:E. Membro da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem. pauloqueiros@ese.uc.pt

Introdução

Ao compulsarmos as estatísticas oficiais para Portugal, constatamos para o ano 2024 a existência de 85 499 enfermeiros registados, sendo 70 794 (82,81%) do sexo feminino e 14 705 (17,19%) do sexo masculino (INE, 2026). Uma elevada taxa de feminização da enfermagem portuguesa. Considerando a afirmação corrente de que a enfermagem é e sempre foi uma profissão feminina, de mulher de virtude, ligadas à atividade maternal de cuidar, colocam-se ao historiador várias questões. A primeira, em linha com a suposta origem feminina, desde quando se iniciou a taxa de masculinização? Nesta ótica, os atuais 17,9%, já serão números elevados. Ligado a esse questionamento, pode-se colocar um outro, o de saber desde quando se iniciou a presença de homens na enfermagem. Uma segunda questão, em ordem inversa, será o esclarecimento de quando se inicia a preponderância do sexo feminino e quando se acentua tão elevada taxa de feminização. Um estudo histórico de análise crítica com base em fontes, ajudará a esclarecer o percurso de desenvolvimento da atividade de enfermagem, da sua profissionalização e das questões de género que lhe são inerentes.

Desenvolvimento

A historiografia da enfermagem em Portugal, dá-nos conta da presença de enfermeiros e enfermeiras desde o início da nacionalidade. São identificados homens e mulheres, em conventos e mosteiros, mas também em hospitais e outras instituições de assistência não conventuais ou monacais, que cuidavam de enfermos e enfermas, por vezes em divisões habitacionais próprias - enfermarias e identificados como enfermeiros e enfermeiras. A origem da atividade cuidativa, dos que dos enfermos tratavam, é por um lado de ambos os sexos, por outro de natureza laica e clerical. Desde cedo, em Portugal, coexistiram instituições de assistência ligadas a ordens religiosas, com instituições de dependência régia, da nobreza local, ou de mesteirais organizados em corporações ou confrarias.

A crença ou mesmo mito da origem feminina da enfermagem, parece não colar com os dados da investigação histórica. O equívoco assenta, por um lado, na confusão entre cuidar e a atividade de enfermeiros. O cuidar é inerente à condição humana e nesse sentido sempre existiu. Não é nem se pode confundir com a atividade especifica e profissionalizada, de enfermeiros e enfermeiras dando origem à enfermagem. Ainda que historicamente também questionável admite-se, que as atividades de cuidar, em termos de humanidade, estiveram sempre, ou quase sempre ligadas ao sexo feminino. Ajuda a este esclarecimento a diferenciação que se tem vindo a estabelecer entre cuidar universal (da natureza da condição humana), cuidar profissionalizado e cuidar profissionalizado de enfermagem. O certo é que, quando surge a identificação de pessoas como enfermeiros, surge na designação de ambos os sexos.

A crença ou mesmo mito da feminização desde a origem, resulta também da carga ideológica que é colada ao conceito em determinados períodos históricos, bem marcados, sobretudo com forte expressão em Portugal a partir do segundo quartel do século XX. A este propósito Vaquinhas (2021), afirma: "… tanto no século XVIII como no início do século XIX, a atividade da enfermagem não tinha qualquer conotação ideológica, sendo executada por ambos os sexos". (p. 103).

Em artigo, anteriormente por nós publicado (Queirós, 2024), dávamos conta da longa presença de enfermeiros e enfermeiras. Referíamos que ao ler documentos

do século XIII, publicados por Souto-Cabo (2008), encontrou-se registo, com a identificação precisa de alguns enfermeiros e enfermeiras, em 1257, em 1260, em 1268, em 1269.

Podemos referir que em Jorge da Mina, no atual Gana, entreposto militar, comercial, de logística e de assistência à rota das caravelas portuguesas, encontrou-se, no regimento de 1514, o enfermeiro Afonso Freyre, e no regimento de 1524, como auxiliares para o trabalho da enfermaria, a Inês, a Fernanda, a Beatriz e a Catarina (Queirós, 2014).

Nos estudos de Lopes (2000), constamos referências a enfermeiros, a par de enfermeiras, em 1764 no Hospital da Convalescença, em 1779 no Hospital de S. Lázaro e no Real Hospital da Universidade, hospitais de Coimbra.

Uma longa presença de enfermeiros e enfermeiras, aos quais podemos acrescentar para um período entre 1886 e 2024, treze séries com a distribuição por ambos os sexos (estudantes e enfermeiros) conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Séries de enfermeiros e estudantes de Enfermagem, em Portugal, 1886-2024. Totais e distribuição por sexo. Fonte: Construção própria

1886-1899	Pessoal de enfermagem licenciado no Hospital Santo António – Porto. (Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	150	69	219
	%	68,49	31,51	
1896-1920	Estudantes no 1º ano do Curso Geral de Enfermagem do Hosp. Sto António – Porto. (Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	341	361	702
	%	48,58	51,42	
1896-1927	Anuários da Universidade de Coimbra - Hospitais da Universidade. (Fonte: HUC, anuários)			
		H	M	Totais
	n	53	51	104
	%	50,96	49,04	

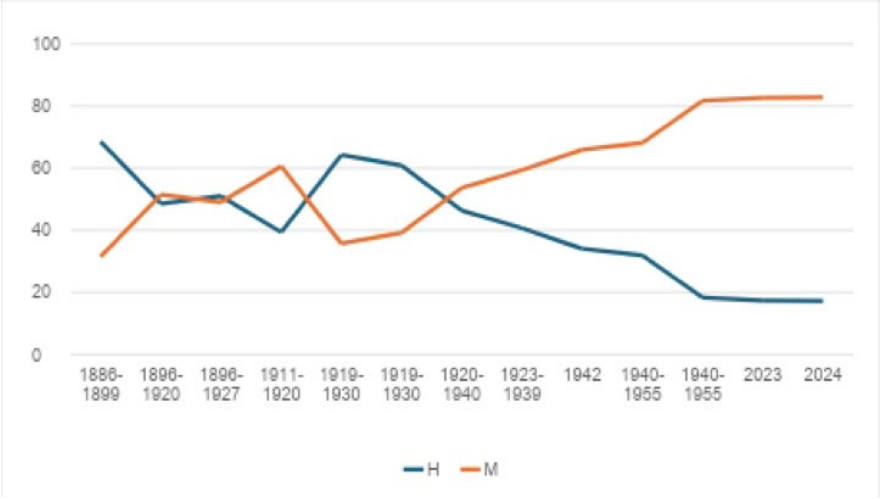
1911-1920	Estudantes no 1º ano do Curso Geral de Enfermagem do Hosp. S. Marcos – Braga (Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	37	57	94
	%	39,36	60,64	
1919-1930	Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Fonte: HUC, 1931)			
		H	M	Totais
Matriculados	n	216	120	336
	%	64,28	35,72	
Concluíram	n	87	56	143
	%	60,84	39,16	
1920-1940	Estudantes no 1º ano do Curso Geral de Enfermagem do Hosp. Sto António – Porto. Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	468	541	1009
	%	46,38	53,62	
1923-1939	Estudantes no 1º ano do Curso Geral de Enfermagem do Hosp. S. Marcos – Braga. (Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	24	35	59
	%	40,68	59,32	
1942	Discentes em Portugal em quatro escolas de enfermagem. (Fonte: Morais, 2008)			
		H	M	Totais
	n	95	184	279
	%	34,05	65,95	
1940-1955	Estudantes no 1º ano do Curso Geral de Enfermagem do Hosp. Sto António – Porto. (Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	162	347	509
	%	31,83	68,17	

1940-1955	Estudantes no 1º ano do Curso Geral de Enfermagem do Hosp. S. Marcos – Braga. (Fonte: Silva, 2010)			
		H	M	Totais
	n	24	107	131
	%	18,32	81,68	
2023	Número de enfermeiros em Portugal - Estatísticas do INE. (Fonte: INE, 2026)			
		H	M	Totais
	n	14469	69069	83538
	%	17,32	82,68	
2024	Número de enfermeiros em Portugal - Estatísticas do INE. (Fonte: INE, 2026)			
		H	M	Totais
	n	14705	70794	85499
	%	17,19	82,81	

Olhando para as percentagens de feminização e masculinização nestas séries de dados, verificamos no Hospital de Santo António no Porto, nos anos 1886-1899, uma masculinização significativa (68,49%). Níveis igualmente elevados de masculinização, para os estudantes da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra (quer na série de matriculados, quer na série a concluírem o curso). No entanto, verifica-se uma aproximação estatística na distribuição por ambos os sexos, para as séries dos anos 1896-1920 (estudantes no 1º ano do curso do Hospital Santo António no Porto) e 1896-1927 (Anuários da Universidade de Coimbra – Hospitais da Universidade).

Será na série de 1911-1920, relativa aos estudantes do Hospital de S. Marcos em Braga, que claramente a taxa de feminização se torna expressiva (60,64%). Situação que se mantém, e em crescendo percentual, nas sete últimas séries estudadas para os anos 1920-1940, 1923-1939, 1942, 1940-1955 (com duas séries), 2023 e 2024.

Gráfico 1 - Distribuição percentual segundo o sexo nas séries estudadas, em Portugal, 1886-2024. Fonte: Construção própria.



O gráfico 1 é bastante elucidativo da mudança que ocorre a partir da série 1920-1940. Um crescendo constante da taxa de feminização, de 53,62% até 82,81% atingidos em 2024.

Ou seja, existindo em Braga um pico de feminização anterior (1911-1920 com 60,64%) é sobretudo e expressivamente após 1920-1940, para o todo nacional, onde se verifica a feminização em crescendo até aos dias de hoje. Verifique-se ainda, a taxa de masculinização elevada em Coimbra, nos estudantes da escola de enfermagem, na série de 1919-1930, o que compara com os dados antecedentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra que na série de 1896-1927, e um equilíbrio com ligeira predominância masculina (50,96% e 49,04%).

Assumidamente a feminização da enfermagem portuguesa é um fenómeno histórico com aumento significativo no segundo quartel do século XX. Corresponde este segundo quartel, na História de Portugal a mudanças significativas sob o ponto de vista ideológico e sociopolítico, com expressão nas organizações assis-

tenciais, na visão da mulher, no ensino, e na organização da sociedade de uma forma geral. Corresponde ao período da ditadura militar (1926-1933) e depois após a Constituição de 1933, do Estado Novo, estado corporativo, regime totalitário que se manteve até 1974.

Ao que a este texto importa, esclareça-se as noções de "profissão feminina", e o contexto ideológico da profissionalização de enfermagem, enquadrado "na lógica da ideologia da domesticidade" (qualidades e características psicológicas que eram consideradas inatas no sexo feminino), como coordenadas comuns das atividades profissionalizadas entendidas como "funções naturais da mulher", como sejam funções maternais e domésticas (Vaquinhas, 2021). Para Vaquinhas (2021),

> a noção de "profissão feminina" começa a tomar corpo no decurso do terceiro quartel do século XIX, coincidindo com o processo de modernização da económica da sociedade, o desenvolvimento do movimento higienista, o aumento da contestação operária, o crescimento da escolarização feminina e a maior participação feminina no universo laboral (pp. 101-102).

Na enfermagem as mudanças no século XIX vêm a consolidar a profissionalização. Refira-se que o aumento da participação feminina atinge a sua expressão máxima, quando em plena Estado Novo se chega a proibir o ingresso nas escolas de estudantes masculinos e a atividade profissional de enfermeiras casadas, ficando reservada a solteiras e viúvas.

Conclusão

Sempre houve enfermeiros e enfermeiras em Portugal. Em alguns períodos o número de enfermeiros era superior ao das enfermeiras. A feminização na enfermagem é um processo iniciado nos finais do século XIX, com expansão significativa na década de 40 e seguintes do século XX. Particularidades da enfermagem portuguesa, com origem em fortes questões ideológicas ligadas à imagem e papel da mulher numa sociedade profundamente conservadora nos costumes, que alcança expressão máxima no Estado Novo (1931-1974). Nos dias de hoje a feminização elevada, é beneficiária do movimento das décadas anteriores e acompanha o movimento de forte feminização universitária.

Investigações futuras esclarecerão os aspetos que perduram no tempo, relacionados com quadros mentais de género com ligação à profissionalização da enfermagem portuguesa.

Referências Bibliográficas

- Hospitais da Universidade de Coimbra (1931). Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Imprensa da Universidade; 1931. v. 2 [cited 2023 Dec 08]. Available from: https://am.uc.pt/historiaciencia/item/4979314
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2026). Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Lopes, M. A. (2000). Pobreza, assistência e controlo social, Coimbra (1750-1850). Tomo II. Palimage.
- Morais, M. C. S. (2008). Formação, género e vozes de enfermeiras [tese]. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. [cited 2023 Dec 06]. Available from: https://repositorio aberto.up.pt/handle/10216/41635
- Queirós, P. (2014). Enfermeiros e Auxiliares Portugueses Assalariados em S. Jorge da Mina: Afonso Freyre, Enfermeyro; Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, pera servirem na enfermaria. Pensar Enfermagem.18(1):49-65. DOI: https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i1.89.
- Queirós, P., & Silva, G. (2024). As Mulheres na História da Enfermagem em Portugal. Revista Baiana de Enfermagem. 38: e59854.
- Silva, H. (2010). Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955) [tese]. Universidade do Minho; [cited 2023 Dec 06]. Available from: https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1162711.
- Souto-Cabo, J. A. (2008). Documentos galeco-portugueses dos séculos XII e XIII (1139-1270). Rev galega filol. Monografia 5 [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Available from: https://www.academia.edu/2627155/Documentos_galego_portugueses_dos_s%C3%A9culos_XII_e_XIII_1139_1270_
- Universidade de Coimbra. Anuários da Universidade de Coimbra de 1866 a 1956. Coimbra: Imprensada Universidade; 2010 [cited 2023 Dec 06]. Available from: https://am.uc.pt/republica/items?type=journalIssue1
- Vaquinhas, I. (2021). Coquettes, Doutoras e Outras. História das Mulheres em Portugal (séculos XIX e XX). Edições Colibri.

Protagonismo fefinino e a consolidação da enfermagem neonatal: semelhanças no cenário luso brasileiro

Fernanda Batista Oliveira Santos[1]*, Isabelle de Souza Januaria[2], Beatriz de Godoy Gomes Salgueiro[3], Sérgio Deodato[4]

1 Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2 Doutoramento em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3 Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

4 Docente da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

*fernandabosufmg@gmail.com

Introdução

A consolidação da enfermagem neonatal insere-se nos processos históricos de constituição e diferenciação dos campos profissionais em saúde, nos quais a articulação entre saberes especializados, necessidades sociais e estratégias de legitimação assume papel central (Januaria et al., 2025). Nesse contexto, a enfermagem destaca-se como uma profissão historicamente marcada pelo protagonismo feminino, cuja atuação foi fundamental para a organização do cuidado, especialmente no âmbito materno-infantil (Padilha et al., 2015). Ao longo do século XX, transformações nos perfis epidemiológicos, associadas à elevada mortalidade neonatal e às demandas por qualificação da assistência, impulsionaram a cons-

trução de práticas especializadas e a institucionalização de novos espaços de atuação para enfermeiras (Januaria et al., 2025). No Brasil e em Portugal, tais processos ocorreram em contextos marcados por desigualdades estruturais e desafios sanitários, nos quais mulheres enfermeiras mobilizaram saberes técnicos e empíricos, bem como estratégias político-institucionais, para responder às necessidades da população. À luz da Sociologia das Profissões, especialmente das contribuições de Eliot Freidson, compreende-se que a constituição da enfermagem neonatal como campo profissional envolve a produção de expertise, a busca por autonomia e o reconhecimento social da profissão (Freidson, 2009). Assim, ao historicizar as trajetórias dessas protagonistas, este estudo busca responder à seguinte questão: de que forma as enfermeiras contribuíram para a constituição e legitimação do campo da enfermagem neonatal no cenário luso-brasileiro, considerando suas semelhanças e especificidades históricas?

Objetivo

Historicizar a participação feminina na constituição e legitimação da enfermagem neonatal no espaço luso-brasileiro, analisando semelhanças e especificidades históricas à luz da sociologia das profissões de Eliot Freidson.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, de abordagem histórico-social, ancorado na Sociologia das Profissões de Eliot Freidson e nos pressupostos teórico-metodológicos da História, conforme proposto por José D'Assunção Barros (Freidson, 2009; Tong et al., 2007; Barros, 2011; Souza et al., 2021). Foram analisadas fontes documentais provenientes do Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), articuladas a entrevistas semiestruturadas com cinco enfermeiras pioneiras, brasileiras e portuguesa, totalizando 4 horas e 32 minutos de material empírico. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas ao confronto com as fontes documentais, conforme a perspectiva do confronto documental, visando à problematização das narrativas e à construção histórica dos fenômenos analisados. As fontes foram examinadas de forma relacional, considerando seus contextos de produção, intencionalidades e limites.

O tratamento analítico, de caráter histórico-comparativo, possibilitou a construção de um quadro comparativo entre os cenários luso-brasileiros, orientado por categorias da Sociologia das Profissões de Eliot Freidson. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos para pesquisas com seres humanos e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 7.537.868, com obtenção de consentimento livre e esclarecido das participantes.

Resultados

"O primeiro objetivo é a profissão, temos a certeza de que estamos a lutar bem porque criamos a profissão para servir a comunidade para servir a população, porque nos interessava ter bons profissionais de enfermagem, neste caso enfermeiras e enfermeiros, para mudar a situação de saúde do país." A citação da enfermeira portuguesa Ana Sara Cavalheiro Alves de Brito descreve a atuação da enfermagem para modificar a saúde pública ao voltar-se para as necessidades sociais, no contexto português, focadas principalmente no panorama de saúde da Ilha dos Açores. Nota-se a profissionalização da enfermagem, com a responsabilidade social da profissão em destaque, e os caminhos utilizados para alcançar este objetivo, através da busca por conhecimento específico e enfoque nas demandas da população. Essa trajetória pode ser observada também, no Brasil, ao estudar, por exemplo, o cenário da profissionalização das enfermeiras neonatologistas da cidade de Belo Horizonte. Comparando o cenário luso-brasileiro, percebe-se a relação da atuação e da luta político-social das enfermeiras no Brasil, no período 1981-2001, delineando assim a atuação da profissão como precursora de mudanças e melhorias sociais. Com trajetórias semelhantes, o cenário luso-brasileiro é marcado por características importantes para o desenvolvimento profissional e a atuação direta das enfermeiras para a substituição do quadro de saúde por melhores alternativas. O contexto luso-brasileiro é marcado pelo protagonismo das enfermeiras na construção da enfermagem neonatológica em condições, muitas vezes, consideradas extremas, implantando as modificações necessárias para o desenvolvimento da saúde pública. Desde a escassez de fontes sobre o campo de estudo da enfermagem neonatológica, considerado um novo campo de estudo da enfermagem à época, e intensa participação política das profissionais desta área, observa-se a

busca por novas fontes de pesquisa e o estímulo ao estudo contínuo, para o aprimoramento das técnicas. Essas características presentes no contexto luso-brasileiro foram essenciais para a consolidação do novo campo de atuação da enfermagem, realização de alterações na criticidade do cenário, marcado por elevado número de óbitos e estruturas precárias, e melhoria da assistência ofertada na esfera materno-infantil com o desenvolvimento de boas práticas que assegurem a saúde do binômio mãe-bebê. Apesar das similaridades, é importante a análise dos cenários de cada país. As mudanças realizadas pelas protagonistas no cenário brasileiro, considerado crítico no período, é desenhado durante a entrevista pela enfermeira brasileira Maria José Cabral Grillo, que descreve a realização de mudanças como extremas e necessárias para aprimorar a assistência de enfermagem ofertada no âmbito neonatal: "a gente vai, mais do que trocar o pneu do carro em movimento, nós vamos trocar o motor de um avião no ar. Eu lembro que eu fui nesse extremo. Porque é o máximo da assistência, do cuidado, do risco.". A importância do enfoque dado por essas profissionais, atuantes como agentes de mudanças sociais e políticas ao olhar com preocupação e cuidado para seus pacientes e familiares e buscar respostas do governo dos respectivos países, torna-se evidente ao estudar as condições de assistências do período. No Brasil, por exemplo, o alto índice de mortalidade neonatal e baixo número de leitos neonatais disponíveis é destacado em diversas manchetes de jornais, atraindo atenção para a urgência do tema, ocorrendo também judicialização dos casos e a pressão às autoridades responsáveis para tomada de providências. Ademais, destaca-se Às condições materiais de trabalho precária, como citado pela enfermeira brasileira Aguida Carvalho, "a gente trabalhava no limite de material". As profissionais de enfermagem brasileiras lutaram no âmbito político-social para melhorias estruturais, garantindo também o início da consolidação da atuação da enfermagem neonatal e do conhecimento específico do campo. Visando a ampliação das especializações e alterações no número de óbitos, nota-se a atuação exemplar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e do Hospital Sofia Feldman, na ampliação das especializações voltadas à enfermagem, garantindo assim que o público-alvo do cuidado recebesse melhor atenção, e berço da consolidação da enfermagem neonatológica. A atenção às necessidades da população usuária dos serviços, além do

olhar para o recém-nascido, torna-se assim, o principal foco das melhorias propostas pela enfermagem, relacionando assim, com a importância e objetivo da profissão. Já no cenário português e o quadro sanitário demonstrado na Ilha dos Açores, a alta taxa de óbitos neonatais também é um dos fatores primários para o enfoque no local, assim como a melhoria da saúde materna. O processo de implementação destas mudanças ocorre de forma similar ao contexto brasileiro: a partir da análise das necessidades locais e do reconhecimento da enfermagem como responsável por mudanças sociais. Ao criar o Programa de educação materno-infantil, as enfermeiras que o lideravam criaram táticas para a integração com a população. Seja promovendo o diálogo constante com a comunidade, como ao divulgar nas igrejas locais sobre o trabalho oferecido nos centros de saúde, realizando trabalhos de educação em saúde como estratégia inicial, a busca ativa para o aprimoramento necessárias e explicitando as necessidades estruturais, as enfermeiras contribuem significativamente para as mudanças dos paradigmas sociais e para a oferta de uma assistência humanizada, de qualidade e melhoria da qualidade de vida. A atuação da enfermagem não ocorre apenas com a busca por melhoria das profissionais e práticas ou estrutura dos hospitais. A articulação com a família é de extrema importância para a atuação no cenário luso-brasileiro. Como descrito pela portuguesa Ana Sara, "não se esquecia a família. Quem vivesse nesse agregado familiar também era cuidado pelas enfermeiras.", ou pela brasileira Aguida Carvalho, "às vezes o contato com a família muito mais resolução de problemas.". Apesar de referir-se aos cuidados realizados em seus respectivos países, as frases das enfermeiras descrevem perfeitamente a atuação da profissão. O processo de educação em saúde para explicar sobre a importância dos cuidados materno-infantil e o acolhimento e garantia do direito ao acompanhante do recém-nascido de alto risco, criaram, assim, um panorama social onde o binômio mãe-bebê é o foco do cuidado ofertado. Consequentemente, o reconhecimento da enfermagem como protagonista do cuidado, por parte da sociedade, faz-se presente, contribuindo para a consolidação da enfermagem neonatologista. Relacionando os contextos, antes composto por um alto índice de óbitos neonatais e estruturas precárias, observa-se que ocorreram mudanças na criticidade deles. A diminuição do número de óbitos, o aumento da oferta e procura pela assistência, o reconhecimento profissional foram

consequências da atuação das mulheres que ousaram questionar e transformar o panorama apresentado a partir das demandas apresentadas pela população.

Conclusões

Os achados evidenciam que a participação feminina foi central na constituição e legitimação do campo da enfermagem neonatal no cenário luso-brasileiro, por meio da articulação entre saber especializado, compromisso social e ação político-institucional. A análise comparativa revelou semelhanças entre os contextos, especialmente quanto ao protagonismo das enfermeiras na reconfiguração da assistência materno-infantil em cenários críticos, bem como especificidades relacionadas às dinâmicas institucionais e sanitárias de cada país. À luz da Sociologia das Profissões de Eliot Freidson, tais trajetórias expressam processos de construção de expertise e legitimação profissional, contribuindo para a qualificação da assistência, redução da mortalidade neonatal e fortalecimento do reconhecimento social da enfermagem.

Referências

- Barros, J. D. (2011). O campo da história: Especialidade e abordagem. Vozes.
- Freidson, E. (2009). Profissão médica: Um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. Editora UNESP.
- Januaria, I. S., Walty, C. M. R. F., Madeira, L. M., Fernandes, S. J. D., Padilha, M. I., & Santos, F. B. O. (2025). Sociological analysis of the training of neonatal nurses in Minas Gerais (2000-2001). Revista Brasileira de Enfermagem, 78(4), Artigo e20240508. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0508pt
- Padilha, M. I. C. S., Borenstein, M. S., Santos, I., & Gregório, V. R. P. (2015). Enfermagem: História de uma profissão. Editora da UFSC.
- Souza, V. R. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paulista de Enfermagem, 34, Artigo eAPE02631. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care, 19(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

De la herencia colonial a la gobernanza profesional: la enfermería namibia en la post-independencia

Pedro Campuzano Cuadrado[1], Rosauro Varo Cobos[2], María Jesús Girona Magraner[3], Irene Albertos Muñoz[1]

1 Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid.

2 Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid-España. Institut de Recerca Sant Joan de Deu (IRSJD), Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona-España.

3 Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de Valencia.

Introducción

Los primeros esfuerzos por construir una medicina a escala global estuvieron estrechamente vinculados a la empresa colonial: en un primer lugar orientados a proteger la salud del estamento militar y administrativo, después ampliados a la población civil europea asentada en las colonias y, finalmente, extendidos a la población africana en la medida en que la salud podía resultar funcional a los intereses económicos extractivos, especialmente en plantaciones y minas. De hecho, según Farmer et al. (2013, p. 35). lo que hoy conocemos como biomedicina y salud pública apareció en el momento en que las potencias europeas comenzaron a construir sus imperios coloniales. Según múltiples autores, la medicina colonial no fue neutral ni meramente técnica. Para Tilley (2016) la construcción de sistemas sanitarios en el África colonial estuvo atravesada por profundas asimetrías de poder, cuyas consecuencias siguen presentes en los sistemas de salud actuales. Desde el cam-

po de la salud global, Farmer et al. (2013) insisten en que la atención sanitaria debe ser comprendida dentro de estructuras históricas de desigualdad y violencia estructural. Más recientemente, Varo Cobos (2023) ha subrayado que racismo y colonialismo siguen operando como herencia activa en la salud global contemporánea. Estas consideraciones son particularmente relevantes para Namibia, cuya historia estuvo profundamente condicionada por la colonización, la ocupación sudafricana y el apartheid hasta fechas recientes.

Namibia logró la independencia en 1990 marcando el inicio de una serie de transformaciones sociales orientadas a superar las estructuras y las desigualdades heredadas del colonialismo y del apartheid, e impulsadas por la aspiración de las mayorías raciales clásicamente sometidas. Estas incluyeron la reforma del sistema de salud y su gobernanza. Antes de la independencia, y fruto del sistema de apartheid, existía un sistema sanitario fragmentado, racializado, urbano y predominantemente hospitalocentrista. Lobstein (1984) documenta cómo, en la Namibia preindependencia, el sistema estaba segmentado por categorías raciales, concentrando recursos en la población blanca y relegando a las mayorías negras a servicios pauperizados, con graves déficits de personal e infraestructura.

El objetivo de este artículo es analizar la configuración de la enfermería namibia en el periodo post-independencia (1990–2024), describiendo los procesos de regulación profesional y académica desde una perspectiva de gestión sanitaria y con un enfoque poscolonial. Metodológicamente, se trata de un estudio histórico-documental basado en el análisis de legislación sanitaria, documentos de política pública y bibliografía especializada sobre historia de la enfermería y del sistema de salud en Namibia.

Desarrollo

Herencia colonial y apartheid

La independencia no supuso el inicio de un sistema sanitario totalmente nuevo, sino la necesidad de reformar un aparato heredado profundamente condicionado por la dominación colonial y la discriminación racial del apartheid. Nord (2014) ha mostrado que la sanidad en Namibia, hasta la independencia, estuvo orientada a

proteger la salud de la población blanca y a sostener el suministro de mano de obra negra. En el norte del país, por ejemplo, la zona más densamente poblada y con más proporción de población nativa, el sistema sanitario estaba compuesto por una combinación fragmentada de medicina misionera y militar y con lógicas segregadoras que no respondían a las necesidades de salud de la población.

Esta herencia fue particularmente evidente en la distribución territorial y funcional de los recursos. Lobstein y el Namibia Support Committee Health Collective (1984) describieron un sistema dividido en múltiples administraciones "étnicas", con enormes desigualdades de gasto per cápita, escasez de profesionales y un sesgo hopitalocentrista. En este contexto, la crítica del SWAPO (movimiento de liberación nacional y posteriormente partido político del gobierno post-independencia) a la fragmentación de los servicios sanitarios no fue solo una crítica moral al apartheid, sino también un cuestionamiento técnico del sistema heredado. Por tanto, el foco posterior hacia la atención primaria de salud tenía un origen político previo a la independencia.

La enfermería como eje central en la atención primaria

Después de conseguir la independencia, y como solución a la falta de profesionales y ante la propuesta estrategia de reorientación de los recursos sanitarios hacia la Atención Primaria (AP), se otorgó a las enfermeras un papel central, de tal manera que desempeñarían prácticamente la totalidad de las funciones estructurales de la AP: gestión, promoción, prevención y atención clínica, incluyendo diagnóstico y prescripción farmacológica. Este papel clave de la enfermería continúa actualmente en un contexto donde, en 2019, sólo había 33 profesionales de medicina en AP (Christians, 2020).

Regulación profesional

Uno de los cambios más relevantes del periodo estudiado fue la consolidación de un marco normativo específico para la profesión enfermera. Small y Pretorius (2013) recuerdan que, antes de 1990, la formación de enfermeras estaba regulada por el South African Nursing Council y que incluso hasta 1993, ya en la Namibia independiente, las nuevas cualificaciones obtenidas en Namibia debían registrarse

en Sudáfrica. Debido a esta dependencia, los currículos namibios heredaron enfoques cercanos a los sudafricanos, algo que también ha sido señalado por Van Dyk (1997) en su reconstrucción histórica de la profesión.

La Nursing Act, 2004 constituyó, en este sentido, un decisivo hito legislativo. Con ella se reguló el registro, el control y la formación de la profesión, y dotó al país de una normativa propia para ordenar la formación de enfermeras y matronas (Republic of Namibia, 2004). El sistema pasó a estructurarse en torno a varias categorías profesionales: registered nurses and midwives, enrolled nurses, assistant nurses y enrolled midwives (Small y Pretorius, 2013), lo que refleja un proceso de formalización, jerarquización y normalización del sector. En este sentido también es importante destacar la intensa participación de las mujeres negras como protagonistas de los cambios legislativos y la construcción de la enfermería en el país.

Reforma académica

La segunda gran transformación afectó a la formación académica. Small y Pretorius (2013) documentan que, desde 2008, el acceso a la formación de registered nurse pasó a realizarse por la vía del Bachelor's in Nursing Science en la University of Namibia, desplazando progresivamente modelos previos de diploma. Paralelamente, se mantuvieron programas para enrolled nurses y se ampliaron los itinerarios de formación posgraduada tanto en áreas clínicas como no clínicas.

Esta transición académica tuvo una importancia clave, ya que elevó el nivel de profesionalización y permitió una mayor coherencia entre formación, normativa laboral y necesidades del sistema sanitario. La estrategia conjunta entre Namibia y la Organización Mundial de la Salud para 2010–2015 reforzó esta dirección al identificar entre sus prioridades el desarrollo de recursos humanos, el fortalecimiento del sistema sanitario y la revisión del alcance del trabajo de enfermeras y matronas (World Health Organization, 2010).

Agencias internacionales, programas verticales e integración de servicios

La tercera dimensión central del periodo 1990-2024 es la relación entre la enfermería namibia y las agendas internacionales de salud. Los programas verticales en atención primaria habían condicionado tanto la práctica enfermera como los con-

tenidos formativos desde la independencia. Según Zapata et al. (2017) a propósito de un case-study sobre la clínica de Epako, la organización fragmentada y vertical de servicios en AP generó durante años ineficiencias, duplicidades y dificultades para una atención realmente centrada en la persona. De la mano de agencias internacionales como OMS, UNFPA Y ONUSIDA, desde 2016 Namibia desarrolla un proceso de reorganización de la provisión de los servicios de enfermería en AP hacia sistemas horizontales de salud. (MoHSS. 2017)

Conclusiones

Entre 1990 y 2024, la enfermería namibia articuló su reforma sanitaria posindependiente en tres ejes fundamentales: regulación propia, formación universitaria e integración progresiva de servicios. Desde una perspectiva poscolonial, este proceso evidencia el trabajo desarrollado para superar un sistema sanitario heredado del apartheid ampliamente afectado por el racismo y la desigualdad social.

Como futuras líneas de investigación, resultaría pertinente profundizar en la historia oral de las enfermeras que vivieron la transición entre el periodo sudafricano y la Namibia independiente, la perspectiva de género en la construcción de la enfermería de posindependencia y estudiar con mayor detalle la influencia de agencias internacionales sobre la gobernanza de las estructuras sanitarias.

Referencias bibliográficas

- Christians, F. (2020). Country profile - Primary healthcare and family medicine in Namibia. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 12(1), Article a2242. https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2242
- Farmer, P., Kim, J. Y., Kleinman, A., & Basilico, M. (Eds.). (2013). Reimagining global health: An introduction. University of California Press.
- Lobstein, T., & Namibia Support Committee Health Collective (Eds.). (1984). Namibia: Reclaiming the people's health. AON Publications.
- Macinko, J., Starfield, B., & Erinosho, T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. Journal of Ambulatory Care Management, 32(2), 150–171. https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181994221
- Ministry of Health and Social Services. (2017). SRHR, HIV and other services guidelines. https://toolkit.srhhivlinkages.org/content/cat3/srhr-hiv-and-other-services-guideline.pdf
- Nord, C. (2014). Healthcare and warfare: Medical space, mission and apartheid in twentieth-century northern Namibia. Medical History, 58(3), 422–446. https://doi.org/10.1017/mdh.2014.31
- Republic of Namibia. (2004). Nursing Act, 2004 (Act No. 8 of 2004). Government Gazette of the Republic of Namibia.
- Small, L. F., & Pretorius, L. (2013). Namibia. En H. C. Klopper & L. R. Uys (Eds.), The state of nursing and nursing education in Africa: A country-by-country review (pp. 189–202). Sigma Theta Tau International.
- Tilley, H. (2016). Medicine, empires, and ethics in colonial Africa. AMA Journal of Ethics, 18(7), 743–753. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.7.mhst1-1607
- Van Dyk, A. (1997). The history of nursing in Namibia. Gamsberg Macmillan.
- Varo Cobos, R. (2023). África, racismo y colonialismo: Una herencia presente en la salud global. Los Libros de la Catarata.
- World Health Organization. (2010). Namibia country cooperation strategy 2010–2015: Abridged version. World Health Organization.
- Zapata, T., Forster, N., Campuzano, P., Kambapani, R., Brahmbhatt, H., Hidinua, G., Turay, M., Ikandi, S. K., Kabongo, L., & Zariro, F. (2017). How to integrate HIV and sexual and reproductive health services in Namibia, the Epako Clinic case study. International Journal of Integrated Care, 17(4), Article 1. https://doi.org/10.5334/ijic.2488

Enfermería en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna

Sergio Savoini Arévalo
Universidad Complutense de Madrid.
ssavoini@ucm.es

Introducción

Desde la conmemoración de La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (REFV, 1803-1813) han proliferado investigaciones destinadas a reconstruir su desarrollo y el papel de sus protagonistas. Esta expedición se ha considerado una de las mayores hazañas en la historia de la medicina y de la salud pública (Balaguer Perigüel y Ballester Añón, 2003; Tuells Hernández y Ramírez Martín, 2003; Ramírez Martín, 2022).

El objetivo de este trabajo es analizar el papel de la enfermería en la REFV. Para ello, se ha realizado un análisis historiográfico de las publicaciones científicas sobre la expedición, que se complementa con el análisis de documentación reproducida en la literatura especializada, destacando las certezas y omisiones con respecto a las funciones y responsabilidades de la enfermería.

Este trabajo sostiene que la ausencia de información específica sobre la enfermería en la REFV responde a limitaciones documentales y a patrones en la historiografía que han tendido a interpretar su trabajo como auxiliar de otros profesionales sanitarios.

Desarrollo

La expedición estuvo dirigida por el médico Francisco Xavier Balmis (1753-1819), quien tuvo el privilegio y la responsabilidad de seleccionar al resto de miembros que le acompañarían en la expedición. Finalmente, seleccionó como subdirector de la expedición a José Salvany y Lleopart (1777-1810); como ayudantes a Manuel Julián Grajales y Antonio Gutiérrez Robredo; como practicantes a Francisco Pastor Balmis y a Rafael Lozano Pérez; y como enfermeros a Basilio Bolaños, Pedro Ortega y Antonio Pastor. A estos se les unió en La Coruña la Rectora de la Casa de Expósitos de la ciudad, Isabel Zendal Gómez, contratada en calidad de enfermera; y en México Ángel Crespo, que había sido elegido en un primer listado, pero no partió con la expedición por motivos personales y fue sustituido por Antonio Pastor.

Entre los expedicionarios pueden distinguirse dos grandes perfiles profesionales. Por un lado, los médicos-cirujanos -con mayor o menor formación y trayectoria profesional desde Francisco Xavier Balmis con amplia experiencia profesional, hasta los practicantes Francisco Pastor y Rafael Lozano, en etapas iniciales de su formación como cirujanos. En cualquier caso, todos con experiencia en la aplicación de la vacuna. Por otro lado, los enfermeros, que constituyen cinco de los doce miembros del grupo, lo que sugiere la relevancia de su labor en el desarrollo de la expedición.

Susana Ramírez Martín ha llevado a cabo una de las investigaciones más completas sobre la REFV, habiendo publicado numerosos trabajos desde el año 1999 que han contribuido a un conocimiento detallado de la expedición. En la reconstrucción de los preparativos, se reproducen una serie de documentos en los que se atribuyen a Balmis, entre otras funciones, la de llevar un diario de todo lo realizado y los resultados de la expedición, que sería publicado a su regreso a la península. Esta documentación aporta información valiosa sobre el devenir general de la REFV, pero es relativamente pobre para acercarnos al trabajo y las funciones específicas asumidas por los enfermeros. Las responsabilidades que se les atribuyen incluyen “estar atentos a las necesidades del Director o de los Ayudantes en falta de este”, “cuidar del aseo y asistencia de los niños” y “acompañar a los niños en todo momento, tanto en el barco como cuando salten a tierra”. Esta descripción general

de sus funciones es coherente con el hecho de que no se exigiera a los enfermeros una formación específica para formar parte de la expedición, señalando Balmis únicamente que "han de ser personas de juicio y prudencia", características deseables en todos los expedicionarios, pero que se destacan en particular en el caso de los enfermeros.

Los informes enviados por Balmis durante la expedición mantienen esta perspectiva general, en la que las funciones de los enfermeros se enmarcan en las necesidades del director y sus ayudantes. En este sentido, destaca uno de los informes enviados por Balmis a José Antonio Caballero, fechado el 30 de enero de 1806, en el que se describen algunas de las dificultades a las que tuvieron que enfrentarse los expedicionarios durante la travesía relacionadas con el clima, la falta de recursos y la pérdida de salud de los expedicionarios (citado en Ramírez, 1999, p. 224):

> *… lo muchísimo que se han esforzado estos miserables en servir a S.M. Pobres, enfermos y faltos de descanso (…) no han perdido fatiga ni riesgos por servir a nuestro augusto soberano. La miserable Rectora que con el excesivo trabajo (…) perdió enteramente su salud, infatigable noche y día a derramado [sic] todas las ternuras de la más sensible Madre sobre los 26 angelitos que tiene a su cuidado (…) y los ha asistido enteramente en sus continuadas enfermedades (…) V.E. que le sobran luces para conocer lo mucho que han trabajado, el poco tiempo que se ha empleado y el cortísimo sueldo que han disfrutado.*

Este fragmento se utiliza con frecuencia para ilustrar el reconocimiento de Balmis a la labor de Isabel Zendal, cuya relevancia se ha destacado en numerosas investigaciones. Además, desde que fue reconocida primera enfermera en misión internacional por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1960, otros historiadores le han atribuido títulos que la sitúan como una de las enfermeras más relevantes en la Historia de la Enfermería española.

No obstante, desconocemos gran parte de la biografía de Isabel Zendal antes y después de su participación en la REFV. Por un lado, este desconocimiento ha impulsado nuevas investigaciones sobre Zendal en las que se reclama la importancia de su labor durante la expedición y que han permitido reconstruir parte de su biografía (López Mariño, 2018; Ramírez Martín, 2002; Ramírez Martín y Tuells, 2007).

Por otro lado, el aura de misterio que envuelve a Zendal ha inspirado a escritores y guionistas a imaginar una personalidad, un carácter y unas motivaciones para construir un personaje atractivo como protagonista de sus novelas e historias ficticias sobre la REFV. Lejos de quedarse en la ficción, estas características y hazañas han permeabilizado a otras publicaciones de corte informativo y divulgativo, contribuyendo a la mitificación de su labor en la REFV y equiparando su relevancia a la de Francisco Xavier Balmis o Edward Jenner en la historia de la lucha contra la viruela. Este proceso plantea el riesgo de considerar como veraz la información contenida en estos relatos ficticios, sustentando el reconocimiento de la enfermera en méritos y hazañas no demostrados (Savoini Arévalo, 2026, p. 171).

Esta centralidad de Zendal en la historiografía contrasta con la escasa individualización del resto de enfermeros tanto en las investigaciones como en las fuentes documentales de la expedición.

Conclusiones

La investigación sobre el papel de la enfermería en la REFV encuentra su principal limitación en la ausencia de documentación específica sobre las funciones de los enfermeros. La consideración de su trabajo como auxiliar dificulta un análisis exhaustivo del papel que cumplieron Basilio Bolaños, Pedro Ortega, Antonio Pastor, Isabel Zendal y Ángel Crespo a lo largo de la expedición. En este sentido, las investigaciones de las últimas décadas en torno a Isabel Zendal han proporcionado cierto conocimiento de sus funciones en la REFV. No obstante, también ha conducido a la mitificación de su figura, lo que representa un inconveniente en la reconstrucción fidedigna de la expedición. Asimismo, eclipsa la relevancia del resto de miembros de la expedición, incluidos los enfermeros con los que compartía funciones y de los que se suele atribuir la falta de información biográfica al puesto de poca responsabilidad que ocuparon en la expedición.

La falta de especificidad en la descripción de las funciones de los enfermeros no es exclusiva de la organización de la REFV, esta es una característica habitual de la enfermería de los siglos XVIII y XIX. A este respecto, citamos en primer lugar las Ordenanzas del Hospital General de Madrid (1780), en las que se recogen las responsabilidades de aquellos que trabajan en el Hospital General y en el Hospital

de la Pasión de Madrid. En estas ordenanzas, se describen con detalle las funciones de médicos, cirujanos y practicantes en función de su antigüedad, conocimiento y posición dentro de la jerarquía del hospital, también se detallan las funciones de las congregaciones religiosas que prestan sus servicios en estos centros como los Hermanos Obregones, las Hermanas de nuestra Señora de la Caridad o los miembros de la Congregación de Animas. Entre estos destaca el Hermano Mayor como encargado de las actividades del resto de los Hermanos Obregones en las salas del hospital y responsable de que estos dispongan en todo momento de los bienes y utensilios necesarios para realizar sus labores, que no se especifican. Respecto a los enfermeros, solo se menciona la existencia del Enfermero Mayor, que se describe como una figura de autoridad en el Hospital encargado del adecuado funcionamiento de las salas y de que los Hermanos Obregones y los Practicantes se encuentren en las salas en las que están asignados. En segundo lugar, nos referimos a la Ley de Instrucción Pública de 1857 en la que se regula la enseñanza de las profesiones sanitarias en las facultades de medicina, responsable de expedir los títulos de médico-cirujano, practicante y matrona; y que deja sin legislar los requisitos de formación de la enfermería, que permanecerá sin un programa de estudios regulado hasta el año 1915.

En conjunto, la escasa definición de las funciones de la enfermería en la REFV no refleja una ausencia de relevancia, sino una falta de reconocimiento explícito en las fuentes, lo que coincide con el patrón de la organización de otros sistemas sanitarios coetáneos. Por ello, resulta necesario ahondar en la documentación disponible de la expedición con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre el papel de la enfermería en uno de los episodios más significativos de la historia de la medicina española.

Referencias bibliográficas

- Balaguer Perigüell, E. y Ballester Añón, R. (2003). En el nombre de los niños: La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1806). Asociación Española de Pediatría.
- De la Gala Sánchez, F. (2016). La primera enfermera de la Historia en misión internacional. Lección inaugural del Curso Académico 2016-2017. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Ley de Instrucción pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península é Islas adyacentes, de 10 de septiembre de 1857 (BOE-A-1857-9551).
- López Mariño, A. (2018). Isabel Zendal Gómez en los archivos de Galicia. Parlamento de Galicia
- Ramírez Martín, S. M. (1999). La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna en la Real Audiencia de Quito. Tesis doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid.
- Ramírez Martín, S. M. (2002). Única mujer participante en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna: Dña. Isabel Sendales y Gómez. En M. R. Sánchez Rubio, I. Tesón Núñez, J. Álvaro Rubio y F. Serrano Mangas (Coord.), IX Congreso Internacional de Historia de América (Vol. 2, pp. 271-276). Editora Regional de Extremadura.
- Ramírez Martín, S. M. (Dir.). (2022) La expedición Balmis. La primera lucha global contra las pandemias. GeoPlaneta.
- Ramírez Martín, S. y Tuells, J. (2007). Doña Isabel, la enfermera de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Vacunas, 8(3), 160-6. https://doi.org/10.1016/S1576-9887(07)73990-0
- Savoini Arévalo, S. (2026). La construcción del mito de Isabel Zendal. Cultura de los Cuidados, 30(72), 163-174. https://doi.org/10.14198/cuid.9875
- Tuells Hernández, J. V. y Ramírez Martín, S. M. (2003) Balmis et variola. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.

Percepción del estudiantado de enfermería sobre la influencia del género en la vida académica

José Antonio Iglesias Guerra
Escuela Universitaria Enfermería Palencia (adscrita UVa).
jaigmj07@gmail.com

Introducción

La Historia de la Enfermería es arquetípica en cuanto a la influencia del rol de género en la prestación de cuidados. De hecho, la evolución de la enfermería hacia su profesionalización ha sido un proceso que ha estado profundamente condicionado por estructuras y estereotipos de género, de manera que la enfermería en el mundo occidental ha heredado los atributos histórica y tradicionalmente asignados a "lo femenino". Incluso Florence Nightingale concibió la enfermería como una profesión más adecuada para las mujeres.

Con esta situación, la llegada de la etapa moderna y profesional de la enfermería poco sirvió para el avance disciplinar pues se vivió como una transposición al hospital de las tareas domésticas socialmente atribuidas a la mujer, que sabía cuidar por instinto y no tanto por formación, siendo una de sus consecuencias el retraso tardío en su reconocimiento como disciplina académica, a pesar de la necesidad de formación preconizada por la misma Nightingale. Esta evolución no tiene paragón ni siquiera con otra profesión, también feminizada en España, la de Educación Infantil y Primaria, con la que presenta evidentes paralelismos históricos e hitos legislativos que transformaron su estatus académico y profesional.

Cuando los estudiantes empiezan el grado de enfermería, han pasado por un proceso de socialización que moldea ideas y comportamientos determinados por la cultura, y que no siempre se identifican de forma consciente (Solbes-Canales et al., 2020; Villanueva-Blasco & Grau-Alberola, 2019). En este sentido, los estereotipos vinculados al género condicionan roles y expectativas que pueden influir en la vida académica del estudiantado, aunque comienza a vislumbrarse una tendencia evolutiva hacia el cambio en estas creencias (McGuire et al., 2020), pero la evolución sociocultural que condiciona los estereotipos de género es lenta.

En base a lo anterior, este estudio pretende analizar si el estudiantado español de Grado en Enfermería percibe influencias de género entre sus iguales durante su paso por las aulas de la Universidad.

Por ello se planteó una revisión narrativa mediante protocolo estructurado partiendo de la pregunta en formato PICOC: ¿El género, masculino o femenino, influye en la experiencia académica del estudiantado de Enfermería en España?. Se establecieron los términos de búsqueda mediante los tesauros Medical Subject Headings (MeSH), "Students Nursing", "University", "Gender Role", "Stereotypes", "Male", "Female", "Sexism", "Perception", "Adaptation", "Social Adjustment", "Emotional Health", "Psychological Well-Being", "Resilience", "Spain" y "Spanish", y sus equivalentes en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), presentes en el título y/o en el resumen. Se combinaron con los operadores booleanos AND, OR y NOT. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Web of Science, Pubmed, Cochrane, Scielo y Cuiden.

Se restringió a un límite temporal de 10 años y a los idiomas inglés y castellano. Además, se establecieron como criterios de inclusión los estudios, con independencia de su metodología, que cumplían el objetivo de la revisión centrados en estudiantes de grado en Enfermería en España, por el componente sociocultural del tema que se aborda y que no hacen plausible la comparabilidad con los resultados obtenidos en otros países.

Fueron excluidos aquellos que se limitaban a las prácticas clínicas fuera de las aulas universitarias, que abordasen género no binario, así como los trabajos académicos de grado y la literatura gris. Tras ello, la selección se basó en el criterio crítico. Los resultados se presentaron en forma de síntesis narrativa.

Desarrollo

Se localizan 21 artículos de los que 5 resultan útiles. Son 3 estudios cuantitativos transversales, 1 cualitativo y otro de validación de la una escala. Los resultados se presentan organizados en tres subtemas identificados: Distribución de espacios, de tipo y carga de tareas y sexismo, los valores éticos y profesionales vinculados al género, y los conocimientos y actitudes sobre el género.

En relación a la distribución de espacios, tipos de tareas y el sexismo cotidiano, las estudiantes lideran el trabajo grupal, en cuanto coordinación y organización, se responsabilizan de las partes más complejas, y asumen más carga de trabajo. Sin embargo, participan menos en las presentaciones de los mismos. Los hombres participan más en estas presentaciones, una de las formas de reclamar su espacio en la vida académica; lo que también se manifiesta en que los hombres ocupan siempre los mismos espacios físicos del aula, y tienden a formar grupos de trabajo exclusivamente masculinos (Feijoo-Cid et al., 2025).

Sin embargo, en otro estudio multicéntrico también catalán (Biurrun-Garrido et al., 2023), el estudiantado no da importancia a las diferencias de género en cuanto a participación, distribución de tareas y presentación de trabajos en grupo. No hay percepción de situaciones de desigualdad dentro del aula. Sin embargo, las estudiantes si manifestaron sentirse incómodas o intimidadas por el lenguaje no verbal y paraverbal, así como por contacto físico no deseado por parte de los estudiantes fuera de las aulas pero dentro de los centros universitarios.

Por otro lado, sobre los valores éticos y profesionales del estudiantado, en un estudio transversal con 159 estudiantes, aunque ambos grupos consideran que estos valores son importantes, se constatan diferencias de género pues las estudiantes otorgan más importancia a los valores éticos, seguidos por los vinculados con el compromiso con la profesión y al adecuado desempeño profesional (Fernández-Feito et al., 2019).

Sobre el tercero de los temas, el conocimiento y actitudes sobre el género, el conocimiento sobre género es similar en mujeres y hombres en todos los cursos académicos en estudiantes vascos (Prego-Jiménez et al., 2025). Se relaciona con

la sensibilidad de género, y no con la ideología de roles de género. Esto supone un elemento positivo en tanto en cuanto la sensibilidad o enfoque de género pretende que las construcciones de lo "femenino" y lo "masculino" no generen discriminación ni desigualdad partiendo de la comprensión de las desigualdades asociados a los roles de género, por lo que esta perspectiva contribuye a corregir brechas, fomentar la igualdad y a la participación equitativa, en este caso en lo que a lo académico se refiere, a pesar del modelaje persistente de los procesos de socialización que mantienen los estereotipos.

En esta línea, Mayor-Silva et al (2025) destacan que las creencias y actitudes de las estudiantes relacionadas con su propio género pueden afectar a su capacidad para afrontar dificultades y mantener una actitud positiva, lo que se minora en las que adoptan un rol andrógino y en los varones, que tienen una afectividad positiva y resiliencia más altas, contribuyendo a su bienestar psicológico en lo relacionado a los roles de género.

Un aspecto relevante y positivo en este sentido es que hay una tendencia hacia el cambio en esas creencias y actitudes, lo que permitirá mayor equidad con independencia del género, y es de esperar que esta tendencia sea más manifiesta en las cohortes futuras.

En base a lo anterior, la sensibilidad de género es una herramienta fundamental para la deconstrucción de género en enfermería, relegando la ideología de roles, y contribuyendo a forjar la igualdad de oportunidades, trato y expectativas desde la convicción de que el cuidado sin sesgos de género, optimizará y fortalecerá la profesión y, por lo tanto, beneficiarán a los pacientes y al sistema sanitario.

Para ello se hace necesaria, desde el entorno académico, la revisión del currículo, de los materiales, de la gestión de tareas, espacios y tiempos, y de la participación en las dinámicas de comunicación en las aulas, explicitando dichas influencias y trabajando intervenciones que promuevan la reflexión crítica y la autoconciencia, la afectividad positiva y la resiliencia, y no solo los conocimientos sobre equidad de género.

Y desde el extraacadémico, promoviendo iniciativas similares a la sensibilización de género en las áreas STEM como las que se están desplegando en la actualidad, en un esfuerzo para visibilizar y reducir la brecha de género en áreas vincula-

das a la Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas fomentando una participación más equitativa de las mujeres, pero dirigida a la sensibilización de género, como proceso educativo, y a la deconstrucción de género en enfermería como acción práctica, poniendo de relieve la importancia de los hombres en la historia de la enfermería y visibilizando referentes enfermeros masculinos actuales.

La mayor limitación de esta revisión es la escasez de estudios realizados en España sobre estos aspectos, a diferencia de otros países en los que ha investigado mucho más. Además, son difícilmente comparables por cuestiones metodológicas.

Conclusiones

El género parece influir en la experiencia académica del estudiantado, vinculado a estereotipos transversales, pero que no siempre se identifican conscientemente, lo que puede contribuir a su mantenimiento.

Es destacable el limitado número de estudios que se han realizado en España sobre estos aspectos, lo que agrava la perpetuación de las expectativas de género en enfermería. Antes de actuar es necesario profundizar en el estado de la cuestión y explicitar dichas influencias, por lo que se requieren más estudios en el contexto sociocultural español.

Durante la formación académica deben promoverse los valores relacionados con el compromiso y la excelencia profesional, especialmente en los estudiantes varones, así como supervisar la distribución de espacios, las agrupaciones y el tipo de tareas académicas que realizan.

Referencias bibliográficas

- Biurrun-Garrido, A., Llena-Riu, A., Feijoo-Cid, M., Torrente-Jiménez, R., Cámara-Liebana, D., & Gasch-Gallén, Á. (2023). Everyday sexism in nursing degrees: A cross-sectional, multicenter study. Nurse education today, 132, 106009. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106009.
- Feijoo-Cid, M., Llena-Riu, A., Biurrun-Garrido, A., Fuentes-Pumarola, C., Cámara-Liebana, D., & Gasch-Gallén, Á. (2025). Current institutionalized sexism in nursing degree classrooms: A multicenter qualitative study in Catalonia. Nurse education today, 152, 106760. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106760
- Fernández-Feito, A., Fernández-Feito, A., Basurto-Hoyuelos, S., Del Rosario Palmeiro-Longo, M., García-Díaz, V., & García-Díaz, V. (2019). Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective. International nursing review, 66(4):577-589. https://doi.org/10.1111/inr.12543
- Mayor-Silva, L., Moreno, G., Meneses-Monroy, A., Martín-Casas, P., Hernández-Martín, M., Moreno-Pimentel, A., & Rodríguez-Leal, L. (2025). Influence of Gender Role on Resilience and Positive Affect in Female Nursing Students: A Cross-Sectional Study. Healthcare, 13. https://doi.org/10.3390/healthcare13030336
- McGuire, L., Mulvey, K., Goff, E., Irvin, M., Winterbottom, M., Fields, G., Hartstone-Rose, A., & Rutland, A. (2020). STEM gender stereotypes from early childhood through adolescence at informal science centers. Journal of Applied Developmental Psychology, 67, 101109. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2020.101109
- Prego-Jiménez, S., Aliri, J., Goñi-Balentziaga, O., Pereda-Pereda, E., & Labaka, A. (2025). Health-Related Gender Knowledge: Scale Development and Validation in Spanish Nursing Students. Nursing Reports, 15. https://doi.org/10.3390/nursrep15060187.
- Solbes-Canales, I., Valverde-Montesinos, S., & Herranz-Hernández, P. (2020). Socialization of Gender Stereotypes Related to Attributes and Professions Among Young Spanish School-Aged Children. Frontiers in Psychology, 11, 609. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020
- Villanueva-Blasco, V., & Grau-Alberola, E. (2019). Gender and age differences in the internalization of gender stereotypes in early and mid adolescence. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 17(47), 107–128. doi: 10.25115/ejrep.v17i47.2184

Conferencias y ponencias

7

Historia local de los cuidados



La evolución de la atención hospitalaria en Santiago de Compostela: de la beneficencia cristiana a la modernización sanitaria

Emilio Rubén Pego Pérez[1]*, Isidoro Rodríguez Pérez[2], María Lourdes Bermello López[3]

1 Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Grupo de Investigación CroniEduTec. Cronicidad, Innovación Educativa y Tecnologías aplicadas a la Salud. Universidad de Santiago de Compostela. Académico correspondiente de la Academia de Enfermería de Galicia.

2 Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela, Campus de Lugo. Académico numerario y Presidente de la Academia de Enfermería de Galicia.

3 Servicio Gallego de Salud, Hospital Universitario Lucus Augusti. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela, Campus de Lugo. Académica numeraria y Vicepresidenta Primera de la Academia de Enfermería de Galicia.
*emilioruben.pego@usc.es

Introducción

La beneficencia, profundamente arraigada en la tradición romana, adquirió un significado renovado con la llegada del cristianismo, que transformó las prácticas de ayuda al prójimo en un sistema de valores centrado en la caridad y el altruismo. Desde sus primeros siglos, el cristianismo vinculó la atención a los más vulnerables con la espiritualidad, consolidando las obras de misericordia como un pilar fundamental de su doctrina (García Lobo, 2006; Sisto Edreira, 2014).

Con el Edicto de Milán (313 d.C.), el cristianismo comenzó a consolidarse como religión oficial, estructurando sus ritos y creencias en torno al pecado, la pobreza y la muerte, conceptos estrechamente ligados a la enfermedad. La acción caritativa se convirtió en un mandato moral y espiritual como medio para alcanzar la salvación. En el Concilio de Nicea (325 d.C.), se estableció la obligatoriedad de anexar xenodochios a los monasterios, marcando el inicio de una red de instituciones dedicadas al cuidado de los necesitados (Insua Cabanas, 2014; Siles González, 2008).

La influencia del cristianismo en la beneficencia se materializó en la creación de hospitales, como el de San Juan de Dios en Jerusalén, cuyo modelo se extendió por el Imperio Bizantino. Estas instituciones atendían a enfermos, extranjeros, pobres, huérfanos, ancianos y otros grupos vulnerables, reflejando la combinación de espiritualidad y compromiso social que caracterizaba a la doctrina cristiana (de Micheli, 2005; Insua Cabanas, 2014).

Tras la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d.C.), la Iglesia asumió un rol central en la organización de la sociedad, promoviendo la beneficencia a través de monasterios y órdenes religiosas. Estas instituciones funcionaron como centros de acogida, preservando el legado de la hospitalización en un contexto de inestabilidad política y social. En Santiago de Compostela, la evolución de los hospitales y congregaciones religiosas consolidó la tradición de hospitalidad y cuidado en el Camino de Santiago (Díaz Ibáñez, 2019).

Objetivo

El objetivo general es explorar el marco funcional de los cuidados en la ciudad de Santiago de Compostela desde la Edad Media hasta la Edad Moderna.

Método

Se realizó una revisión histórica y bibliográfica de la evolución de los cuidados en Santiago de Compostela, utilizando fuentes primarias y secundarias, como documentos históricos y bibliográficos relacionados con la beneficencia y los hospitales en la ciudad.

Para la recopilación de información, se consultaron archivos como el Archivo Histórico Universitario de Santiago de Compostela, el Archivo del Reino de Galicia,

el Archivo del Museo do Pobo Galego, el Archivo del Ayuntamiento de Santiago de Compostela, el Archivo Diocesano de Santiago de Compostela, el Archivo de la Diputación Provincial de A Coruña y Galiciana (Arquivo Dixital de Galicia). Además, se utilizaron bases de datos como Dialnet y CINAHL, y los fondos de la Biblioteca de la Universidad de Santiago de Compostela.

Los términos de búsqueda incluyeron: "hospitales medievales", "beneficencia en Santiago de Compostela", "Hospital Real" y "cuidados en la Edad Media". Se priorizaron textos que analizaran la fundación y evolución de instituciones hospitalarias en Santiago, su relación con el Camino de Santiago y la atención a peregrinos, enfermos y pobres. Se excluyeron documentos sin relación directa con la atención hospitalaria, como registros administrativos, actas notariales e inventarios de tierras.

Resultados y discusión

El descubrimiento de la tumba del Apóstol Santiago en el s. IX consolidó a Santiago de Compostela como uno de los tres grandes Santos Lugares de peregrinación, junto con Jerusalén y Roma. Este evento impulsó el desarrollo de la ciudad, que se convirtió en un importante centro espiritual y social. En 1120, bajo el mecenazgo del arzobispo Diego Gelmírez, se estableció la titularidad del arzobispado. Los monjes benedictinos, siguiendo el modelo del Concilio de Nicea, se instalaron en Santiago a finales del siglo IX, inicialmente en la iglesia de Santa María de la Corticela, hasta el siglo X. En 997, Almanzor arrasó la ciudad, respetando únicamente la iglesia donde, según la tradición, rezaba San Pedro de Mezonzo, obispo de Iria y Santiago (Insua Cabanas, 2014; Rey Castelao, 2014; Sisto Edreira, 2014; Yzquierdo Perrín, 2014, 2014a).

Entre los años 930 y 1030, se ordenó la construcción de un monasterio dedicado a San Martín de Tours. En 1077, bajo el reinado de Alfonso VI, los benedictinos construyeron el monasterio de San Paio de Antealtares, ocupado por monjes hasta 1499, cuando fueron sustituidos por monjas benedictinas (Insua Cabanas, 2014; Rey Castelao, 2014). En 1115, se erigió el convento de San Martín Pinario, cuya iglesia fue consagrada por Gelmírez en 1102. Aunque la orden benedictina mantuvo una economía estable hasta el siglo XIII, las crisis de los siglos XIV y XV, junto con

la aparición de las órdenes mendicantes, redujeron su influencia, que no se recuperó hasta finales del siglo XV. La desamortización de 1835 forzó la exclaustración de la orden y el traspaso de sus edificios al ámbito civil (Barreiro Mallón, 2014; Insua Cabanas, 2014;).

El establecimiento de la casa arzobispal en Santiago y la llegada de las primeras órdenes religiosas marcaron el inicio de las respuestas asistenciales en la ciudad. En el siglo IX, el obispo Sisnando organizó el retiro de los monjes benedictinos de alto rango en el monasterio de San Martín Pinario, mientras que los de menor rango se alojaban en una casa junto a la iglesia de San Fiz de Solovio, considerada el primer hospital-asilo documentado en Santiago (Insua Cabanas, 2014).

Posteriormente, surgieron órdenes mendicantes como los franciscanos, que llegaron a Santiago en 1214 tras la peregrinación de San Francisco de Asís. Según la tradición, San Francisco fue acogido por un carbonero en el Monte Pedroso y le encomendó la construcción de un monasterio, financiado gracias a un tesoro hallado en el terreno conocido como "Val de Deus". Este lugar fue cedido por los benedictinos de San Martín Pinario a cambio de una cesta de pescado anual, tradición que se mantuvo hasta el siglo XVIII. Actualmente, los franciscanos en Santiago siguen ofreciendo albergue, comida y atención médica a personas sin hogar (Manso Porto, 2014).

Las clarisas, otra orden mendicante relevante, llegaron a Santiago en 1260 por orden de la reina Violante de Aragón, esposa de Alfonso X el Sabio. Inicialmente se ubicaron cerca del río Sar, pero posteriormente se trasladaron a un lugar cedido por la familia Vidal. Allí ofrecían descanso y oración a los peregrinos, adaptando sus espacios para protegerlos de las inclemencias del tiempo, aunque carecían de mobiliario adecuado (Cortés López, 2014).

En la Edad Media, la atención hospitalaria se desarrolló significativamente en Santiago, gracias en parte al arzobispo Diego Gelmírez, quien en 1128 donó terrenos para fundar el Hospital Viejo de Gelmírez, también conocido como Santiago el Mayor o Hospital Mayor. Este hospital, que comenzó a funcionar en 1094, fue uno de los primeros en atender a ciudadanos y peregrinos. Según la Historia Compostelana, concedió la mitad de las limosnas de ciertos altares "al hospital de peregrinos e inválidos, casa que él mismo, antes de su consagración episcopal, había adquiri-

do, dándole mayores dimensiones" (Yzquierdo Perrín, 2014 , pp. 121). Aunque dejó de operar en el siglo XVI, su arco de entrada aún se conserva en el Colegio de San Jerónimo, actual rectorado de la Universidad de Santiago de Compostela (Barreiro Mallón, 2014; Yzquierdo Perrín, 2014).

Otros hospitales medievales incluyeron el Hospital de San Lázaro (1149), destinado a leprosos, Santa Ana o San Fins y el Hospital de Jerusalén (1150), que proporcionaba camas y cuidados a peregrinos pobres. En 1575 se dice del último que "tiene dos suelos con alguna piececillas mal reparadas y no se haze en él ospitalidad ninguna ni ai pobres ni camas para ellos y ordinariamente está zerrada la dicha casa, si no es quiando alguna bez alguna mujer pobre está allí" (Yzquierdo Perrín, 2014, pp. 291). También existieron pequeños hospitales como el de la Rúa das Carnicerías Vellas, el de la Zapatería (1302) y el de Santa Cristina (1333), todos enfocados en la atención a los más vulnerables (Barreiro Mallón, 2014). Otros ejemplos son el de la Rúa do Vilar, fundado en 1448 por Pedro Leyteiro y su esposa Constanza Ares, y el Hospital de Santa María del Camino/San Miguel (1450), promovido por el canónigo Ruy Sánchez de Moscoso (Yzquierdo Perrín, 2014).

Pese a esta diversidad de establecimientos, el arzobispo Alonso I de Fonseca, en 1462, antes de la festividad del Apóstol, mandó "que se faga reparo de los monesterios de Sant Francisco et Santo Domingo, porque para el tiempo de la perdonança, especialmente el día de Santiago, los peregrinos fallen donde sean receptados". (Yzquierdo Perrín, 2014, pp. 292).

En la Edad Moderna, el Hospital Real, fundado en 1499 por los Reyes Católicos, se convirtió en un referente en la atención sanitaria. "En la dicha cibdad de Santiago … concurren muchos peregrinos e pobres de muchas naciones … hay una necesidad de un espital donde se acojan los pobres peregrinos e enfermos que allí vinieren en romería" (Yzquierdo Perrín, 2014, pp. 293). Contaba con botica, médicos y cirujanos, y buscaba centralizar los servicios hospitalarios de la ciudad. Aunque los intentos de unificación de los hospitales promovidos por Felipe II en 1560 y 1571 no lograron consolidarse, el Hospital Real destacó por su capacidad y organización, rivalizando con los hospitales más avanzados de la época (Insua Cabanas, 2014).

El personal de enfermería estaba dividido en masculino y femenino. Los enfermeros mayores (1) y menores (6) atendían a los hombres, mientras que las enfer-

meras mayores y menores cuidaban a las mujeres. Además, había mozos y mozas para los cuidados domésticos, nodrizas para los expósitos y un ama mayor encargada de su distribución. En el siglo XIX, el número de enfermeros menores se amplió a nueve. (Rey Castelao, 2014).

El Hospital de San Roque, fundado en 1578, se especializó en el tratamiento de enfermedades como la sífilis, empleando técnicas como la inducción de sudores. Este hospital, junto con la Escuela Médica Compostelana (documentada entre 1648 y 1649), ofreció atención médica especializada (Barreiro Mallón, 2014).

En 1641, María Cores estableció en las Casas Reales un colegio para niñas huérfanas, que en 1730 amplió su misión para atender a tullidos, convirtiéndose en 1771 en el Hospital Nuestra Señora de la Piedad. Este fue trasladado a la calle Carretas en 1771, en un edificio cedido por el obispo Rajoy, quien promovió la atención a los más necesitados. (Yzquierdo Perrín, 2014).

En la Edad Contemporánea, la atención hospitalaria experimentó importantes transformaciones. Desde 1740, el Hospital Real amplió sus servicios para incluir a enfermos militares. En 1938, se inauguró el Hospital Gil Casares, especializado en enfermedades del tórax, adoptando su nombre actual en 1961. (Millán Suárez, 2002). En 1884, la leprosería de San Lázaro pasó a manos de la Diputación, que construyó el actual edificio de la Consellería de Agricultura en 1886 (Bonilla Rodríguez & César Vila, 2005). El Hospital Real perdió su independencia tras las desamortizaciones, pasando a depender de la Diputación de A Coruña (Freire Naval, 2014). En 1953, el Instituto Nacional de Previsión construyó un nuevo edificio en la calle Galeras, trasladando allí las funciones del Hospital Real (Villanueva, 2014). En 1999, la creación del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago marcó un hito en la modernización de la atención sanitaria en la ciudad.

Conclusiones

La atención hospitalaria en Santiago de Compostela, desde la Edad Media hasta la Edad Moderna, estuvo marcada por la influencia del cristianismo, que estableció la caridad como base de las prácticas asistenciales. Instituciones como el Hospital Viejo de Gelmírez y el Hospital Real surgieron para atender a peregrinos, enfermos y pobres, reflejando la importancia del Camino de Santiago como eje espiritual y

social.

Las órdenes religiosas desempeñaron un papel fundamental en la creación y gestión de estos hospitales, adaptándose a las necesidades de cada época y consolidando un modelo asistencial centrado en la ayuda al necesitado. La evolución de estas instituciones respondió a las demandas sociales y espirituales, contribuyendo al desarrollo de Santiago como un referente en la organización de cuidados y beneficencia.

Futuras investigaciones podrían centrarse en analizar el impacto socioeconómico de las instituciones hospitalarias en la configuración urbana y social de Santiago, con especial atención a su relación con el Camino de Santiago. Asimismo, sería pertinente realizar estudios comparativos entre los modelos asistenciales religiosos y laicos, evaluando sus diferencias en términos de organización, financiación y prestación de cuidados. Finalmente, resulta fundamental profundizar en el análisis del papel desempeñado por las mujeres en la provisión de cuidados hospitalarios, así como su influencia en la evolución de los sistemas asistenciales históricos.

Bibliografía

- Barreiro Mallón, B. (2014). Hospitales de la Ciudad de Santiago. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 87-108). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.
- Bonilla Rodríguez, A. & César Vila, M. (2005). Excavación arqueológica en área en el solar de la antigua capilla y lazareto medieval de S. Lázaro (Santiago de Compostela, A Coruña). Gallaecia: revista de arqueoloxía e antigüidade, (24), 219-242.
- Cortés López, M. E. (2014). De huellas franciscanas. Estudio de la escalera monumental en el convento de Santa Clara de Santiago de Compostela. Ad Limina, 5(5), 121-149. Disponible en: https://www.caminodesantiago.gal/osdam/filestore/8/1/0/0/6_cc9ca7492ddbe52/81006_1aeb859e823b4c1.pdf
- De Micheli, A. (2005). En torno a la evolución de los hospitales. Gaceta médica de México, 141(1), 57-62. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v141n1/v141n1a10.pdf
- Díaz Ibáñez, J. (2019). Iglesia, nobleza y poderes urbanos en la corona de Castilla durante la baja Edad Media. Una aproximación historiográfica. En Díaz Ibáñez, J. & Nieto Soria, J.M. (eds.). Iglesia, nobleza y poderes urbanos en los reinos cristianos de la Península Ibérica durante la Edad Media (pp. 15-62). Sociedad Española de Estudios Medievales y Editum. ISBN: 978-84-17157-97-5.
- Freire Naval, A.B. (2014). La transformación del Hospital Real de Santiago de Compostela en Parador de Turismo. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 529-550). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.
- García Lobo, V. (2006). La asistencia social de la Iglesia durante la Edad Media: la hospitalidad monástica. Humanismo y trabajo social, 5, 129-158. Disponible en: https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1470/HUM5_Art7.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Insua Cabanas, M. (2014). Arquitectura hospitalaria en Galicia. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 57-86). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.

- Manso Porto, C. (2021). La Orden de Predicadores en Santiago de Compostela: conventos de Bonaval y Belvís. En Berenguel de Landoria: XI Congreso Internacional de Estudios Jacobeos (pp. 167-190). Turismo de Galicia. ISBN: 9788445353837.
- Millán Suárez, E.J. (2002).Historia de la radiología en Galicia (Tesis Doctoral), Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Rey Castelao, O. (2014). Historia del Real Hospital de Santiago. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 375-396). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.
- Siles González, J. (2008). Capítulo III. La fase religioso-institucional en la historia de la enfermería. En Siles González, J. (Ed.). Historia de la Enfermería (pp. 141-155). Editorial AguaClara.
- Sisto Edreira, R. (2014). Renovación y modernización de las prácticas médicas en el Hospital Real de Santiago: los Colegios prácticos y la Academia Médica de Emulación. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 489-500). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.
- Villanueva, A. (2014). La asistencia médica en el Gran Hospital Real. Referencias Histórica. Vivencias de los últimos años. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 513-528). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.
- Yzquierdo Perrín, R. (2014). Los Hospitales del Camino. La asistencia al peregrino en los Caminos de Santiago. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 189-290). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.
- Yzquierdo Perrín, R. (2014a). El cuidado de los enfermos y peregrinos en Compostela. En García Iglesias, J.M. (Ed.). El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación: Museo do Pobo Galego, Santiago de Compostela, 14 de julio-29 agosto, 2004 (pp. 291-294). SA de Xestión do Plan Xacobeo. ISBN: 84-453-3837-4.

Mujeres de la Edad Moderna rompiendo el estereotipo social de los hospitaleros en Vitoria (Álava)

Manuel Ferreiro-Ardións y Juan Lezaun-Valdubieco

1. Colegio Oficial de Enfermería de Álava, Comisión de Historia y Humanidades.
2. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, OSI Araba.
3. Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia.

Introducción

Exceptuando la breve presencia juandediana en el hospital municipal de Vitoria (1592-1595 y 1605-1608) (Ferreiro y Lezaun, 2015), la ciudad contrató para su asistencia directa a un hombre con la exigencia de estar casado ("busquen nuevo ospitalero con mujer", por ejemplo, en 1716). Las Ordenanzas del hospital hablan solamente de este en masculino y singular situándolo como responsable del centro y su gestión diaria: compras, supervisión de empleados, acompañamiento a médicos durante la visita, anotaciones de los enfermos y sus regímenes terapéuticos y tareas asistenciales; si bien, estas últimas podía ejecutarlas "por sî, ó por medio de sus criados, ó criadas" (Ayuntamiento de Vitoria, 1765, p. 22). No mencionan a su esposa, pero, al estar inherente en la obligación contractual, resulta plausible que esta debía ejercer un papel concreto. La presunción más general es que se ocupaba de las labores asistenciales más directas tanto del medio como de los enfermos o supervisando en estas a los criados, en una clara división de gestor para el marido y de cuidadora para la esposa. La visión del hombre como gestor se refuerza por la denominación indistinta o conjunta de síndico y de hospitalero.

Los cuidados atribuidos a este matrimonio pertenecían aún al ámbito para-doméstico, pues otros cuidados asistenciales más técnicos recaían sobre un barbero contratado que, al igual que el médico, visitaba diariamente el hospital mientras que el matrimonio hospitalero residía en él (Núñez de Cepeda, 1931).

En este contexto sobresale la identificación de dos mujeres que, contraviniendo la costumbre, ejercieron siendo viudas: María de Echaguen, entre 1668 y 1683; y Francisca de Nanclares, entre 1724 y 1741 (Ferreiro y Lezaun, 2016).

Con el objetivo de identificar y analizar su casuística se ha revisado documentación primaria del Archivo Municipal de Vitoria para la documentación del Concejo, esencialmente las actas municipales, y del Archivo Provincial de Álava para la del hospital, donde se conserva su fondo documental histórico.

Desarrollo

Ambas mujeres se iniciaron como hospitaleras siendo esposas del hospitalero contratado por el municipio y continuando luego como viudas.

María de Echaguen Muruzaga era esposa de Antonio Pumar Arro, quien accedió al puesto de hospitalero en 1659 y falleció en fecha indeterminada de 1661. Abocada a la extinción del contrato (se renovaba, como el resto de los puestos municipales, el 29 de septiembre, San Miguel) contrae nuevo matrimonio en octubre con Diego Monis y ambos permanecen como hospitaleros los años siguientes. No ha podido constatarse si fue una exigencia formal del ayuntamiento o una iniciativa de María, pero resulta evidente que constituir un matrimonio resultaba aún determinante para mantener el contrato. Volverá a enviudar en 1668 y, en esta ocasión, sí continuará sola al frente del hospital quince años más, hasta 1683, sin lograr documentar la causa de su cese. Durante este periodo solo aparece citada ella como referente del hospital siendo utilizada también la variante de síndica, lo que claramente la sitúa en funciones gestoras. Además, tuvo cuatro hijos de ambos maridos cuando era requisito el no tenerlos durante su ejercicio (Núñez de Cepeda, 1931), lo que efectivamente no se documenta hasta María y sí después, por lo que probablemente fuera la primera a la que se permitió tener familia en el hospital. No menos destacable es enfatizar que su segundo marido accede al puesto merced al matrimonio con María cuando lo usual era a la inversa, tal como se documenta

(Ferreiro y Lezaun, 2008). Finalmente ha de destacarse que ejercerá quince años como única titular del puesto y 24 en total, cifra que entre todos los hospitaleros solo se verá superada por la otra viuda, Francisca de Nanclares.

33 años después, en 1716, Francisca de Nanclares y Juan de Inchaurbe se inician como matrimonio hospitalero. Este fallece en 1723 o 1724, que es el año en que se documenta el pago de "1140 Rs Vo pagados a francisca de Nanclares, Sindica Hospitalera de el dho Ospital". Francisca continuará durante 17 años más como hospitalera y, al igual que con María Echaguen, la documentación solo la menciona a ella como responsable y claramente como figura gestora central. Su valía puede atestiguarse por ser el contrato más largo conocido en la historia del hospital; por los incrementos salariales, desde unos 28 ducados al año iniciales a 38 en 1726, 42 en 1734 y a "cinquentta ducados de Vellon y treintta carros de leña" en 1739; y, sobre todo, porque al abandonar el cargo por problemas de salud, el ayuntamiento le subsidia "diariamente con un real de vellon por los dias de su vida", algo inusual.

María y Francisca son los dos únicos casos conocidos de ejercicio de una mujer sola al frente del hospital desde su fundación en 1419. Una tercera, María López de Vergara, continuó, tras enviudar en 1647, ejerciendo dos años más junto a un cuñado, sacerdote, a quien se cita en tareas propias del hospitalero, lo que dejaría su caso en una variante de la tradicional figura del matrimonio hospitalero, por lo que no se ha incluido.

Por qué se les permitió hacerlo es algo que no aclara la documentación. No ha podido relacionarse con cambios en la composición del Ayuntamiento -si bien hay rotaciones parciales- ni tampoco con posibles necesidades coincidentes en el tiempo, caso de brotes epidémicos o problemas económicos, asuntos bastante recurrentes en el periodo, ni hay mención alguna a posibles candidatos alternativos. Quizá simplemente su valía demostrada durante el ejercicio en matrimonio fuera determinante por sí misma o en combinación de algún otro factor.

La valía de ambas está fuera de dudas. El hospital contaba en 1739 con 23 camas más otras 12 para transeúntes (Martín, 1996, p. 66) y, a poco que se lean los libros de cuentas, se evidencia una administración diaria compleja y de grandes responsabilidades que necesariamente exigía competencias y conocimientos superiores a una alfabetización básica; además de recursos económicos, pues debían

adelantar todos los gastos que el ayuntamiento les abonaba en dos pagos al año. Desgraciadamente, la documentación del hospital es básicamente económica, donde las menciones a las hospitaleras son de terceros y esencialmente pagos del administrador, no habiéndose conservado los libros asistenciales donde las propias hospitaleras habrían escrito de su puño y letra las órdenes médicas. Al respecto, en julio de 1740 el Ayuntamiento obliga a Francisca a contratar un criado masculino para atender las salas de hombres, infiriéndose que en ese momento solo se auxiliaba de mujeres y que, si no era la propia Francisca quien llevaba directamente los libros de los enfermos acompañando a los facultativos, lo hizo por lo menos durante un tiempo alguna otra mujer.

Sí se documenta por qué no volverá a haber una mujer al frente del hospital hasta la llegada de las Hijas de la Caridad, en 1826. En 1736 el ayuntamiento incorporó por primera vez un cirujano mayor al hospital, sin embargo, la dificultad para mantenerlo al precio autorizado por cédula real hizo que le aumentasen el salario a costa de suprimir el contrato del barbero y de incorporar la obligación al hospitalero de ser cirujano menor en 1741 (Núñez de Cepeda, 1931), lo que entonces no estaba al alcance de ninguna mujer.

Conclusiones

María de Echaguen y Francisca de Nanclares demostraron que una mujer podía gestionar un hospital de curación y no solo realizar tareas asistenciales, desvinculando las capacidades de cuidado y liderazgo de las características de género. Sus largos ejercicios son la evidencia más clara de su valía, aunque se han podido documentar otros elementos. La documentación no aclara qué facilitó su acceso al puesto rompiendo con la costumbre secular de contratar a un hombre para el mismo, pero sí que su continuidad se vio truncada por cambios en la organización sanitaria de base económica que devolvieron el cargo a manos masculinas hasta 1826 en que llegaron las hijas de la Caridad.

Referencias bibliográficas

- Ayuntamiento de Vitoria. (1765). Traslado notarial de los estatutos y ordenanzas para la gestión y buen gobierno del Hospital de Santiago de Vitoria que fueron realizadas a 18 de diciembre de 1764. [Probablemente, Baltasar Manteli (imp.)]. https://www.araba.eus/arabadok/doc?q=hospital+santiago+1764&start=4&rows=1&sort=score%20desc&fq=norm&fv=albala&fo=and&msstored_fld90=399472
- Corres Botella, R.M., y Ruiz de Apodaca López de Letona, M.I. (1997). Hospital de Santiago: inventario de sus fondos (1428-1976). Diputación Foral de Álava.
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2008). Historia de la Enfermería en Álava. Colegio Oficial de Enfermería de Álava. http://hdl.handle.net/10810/24749
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2015). La fallida implantación de la Orden Juandediana en Vitoria en el siglo XVI. En M. Fernández, A.C. García, y M.J. García (Eds.). Un siglo cuidando a la Sociedad, Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España (pp. 547-552). Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. http://hdl.handle.net/10810/25163
- Ferreiro-Ardións, M., y Lezaun-Valdubieco, J. (2016). Buscando hospitaleras en Vitoria (España), una aplicación de los registros sacramentales. Temperamentvm, 12(23), t10326. https://ciberindex.com/c/t/t10326
- Martín Latorre, P. (1996). Hospitales, peregrinos y… otras cosas. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Núñez de Cepeda Ortega, M. (1931). Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estibaliz. Imprenta del Monasterio de El Escorial.

Las nodrizas del Hospital Real de Santiago de Compostela

María Lourdes Bermello López[1]*, Isidoro Rodríguez Pérez[2], Emilio Rubén Pego Pérez[3]
1 Enfermera, Servicio Gallego de Salud, Hospital Universitario Lucus Augusti. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela, Campus de Lugo. Académica numeraria y Vicepresidenta Primera de la Academia de Enfermería de Galicia.
2 Enfermero, Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela, Campus de Lugo. Académico numerario y Presidente de la Academia de Enfermería de Galicia.
3 Enfermero, Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Grupo de Investigación CroniEduTec. Cronicidad, Innovación Educativa y Tecnologías aplicadas a la Salud. Universidad de Santiago de Compostela. Académico correspondiente de la Academia de Enfermería de Galicia.
*mlourdesbermello.lopez@usc.es

Introducción

A lo largo de la historia, la figura de la nodriza ha desempeñado un papel fundamental en el cuidado y la supervivencia de los infantes, especialmente en épocas donde la mortalidad infantil alcanzaba cifras alarmantes. Conocidas también como amas de leche o enfermeras húmedas, las nodrizas aparecen documentadas ya en la Época Clásica como una figura indispensable en la crianza de los recién nacidos. No obstante, fue durante la Edad Media, particularmente en el seno de las cortes reales, cuando su presencia adquirió mayor visibilidad social, para extenderse pro-

gresivamente a otros estratos de la población a lo largo de la Edad Moderna (De la Fuente Galán, 1997; de Pablo Gafás, 1997).

En la Edad Contemporánea, la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral generó una demanda creciente de nodrizas, ante la imposibilidad de muchas madres de conciliar la crianza con sus obligaciones laborales. Este fenómeno se produjo en un contexto de elevada mortalidad infantil que, con el tiempo, comenzó a remitir gracias a los avances en vacunación y a la mejora progresiva de las condiciones sanitarias, lo que se tradujo en un aumento sostenido de la esperanza de vida (Ramiro Fariñas & Sanz Gimeno, 2000).

En este marco histórico, el Hospital Real de Santiago de Compostela, fundado en 1509 por los Reyes Católicos como institución de acogida y asistencia, desempeñó un papel crucial en la atención de los niños expósitos, cuyo número se triplicó a partir del siglo XVIII como consecuencia de la pobreza, las guerras y las crisis de subsistencia (Martínez Sabater, 2014). La institución contaba con nodrizas tanto internas, que residían en el propio hospital, como externas, que acogían a los niños en sus domicilios, siendo ambas figuras esenciales para garantizar la supervivencia de los menores abandonados.

El período entre 1803 y 1808 resulta de especial interés, no solo por la turbulencia política y social, marcado por el inicio de la Guerra de la Independencia y las guerras napoleónicas, sino también por coincidir con la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna de la Viruela de 1803, en la que participaron niños expósitos gallegos como portadores vivos de la vacuna. Este contexto convierte a las nodrizas del Hospital Real en protagonistas silenciosas de un momento histórico de gran relevancia para la salud pública.

Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es determinar las funciones de las nodrizas del Hospital Real de Santiago de Compostela, contribuyendo al conocimiento histórico de la profesión enfermera y reivindicando a estas mujeres como precursoras del cuidado institucionalizado.

Método

Se realizó una revisión histórica de fuentes primarias y secundarias, centrada en la figura de la nodriza y el Hospital Real de Santiago de Compostela. Se procedió a la revisión sistemática de fuentes históricas primarias, localizadas en el Archivo Histórico Universitario de Santiago de Compostela a través de la base de datos Minerva, mediante los descriptores "Hospital Real", "expósitos" y "nodriza". Se incluyeron los documentos relativos a las funciones de las nodrizas, las Constituciones del Hospital Real, los libros de registro de pagas, los libros de asiento de los expósitos y los registros de mortalidad correspondientes al período 1803-1808.

Desarrollo

Las nodrizas del Hospital Real desempeñaron un papel vital en la supervivencia de los niños expósitos, enfrentándose a la invisibilidad, la precariedad y las difíciles condiciones de la época, marcadas por alta mortalidad infantil, falta de recursos y cambios institucionales.

Funciones de las nodrizas

Las nodrizas se dividían en internas, residentes en el hospital, y externas, que acogían a los niños en sus hogares. Las primeras asumían cuatro responsabilidades esenciales: garantizar el calor de los infantes, mantener la limpieza de los niños y los espacios, proporcionar alimentación adecuada, priorizando la leche materna y recurriendo en su defecto a leche de vaca o cabra, y velar por el descanso de los menores. (Alija Domínguez, 2022). Las nodrizas externas ofrecían, además, un entorno familiar que generaba los vínculos afectivos que las fuentes denominaban parentesco de leche. Este modelo era comparable al de otras instituciones europeas: en Oporto se diferenciaba entre amas internas y externas, en Londres cada nodriza atendía hasta tres expósitos simultáneamente, y en Francia existía desde 1769 un organismo regulador específico. En el Hospital Real, estas mujeres ocupaban el tercer escalón de la jerarquía asistencial, supervisadas por el Ama Mayor, cargo que ostentaba Antonia de la Concha.

Mortalidad de los niños expósitos

Los registros históricos evidencian una mortalidad media del 62,24% durante el período analizado, significativamente superior a la mortalidad infantil general de Galicia, estimada en un 46,8%. La mortalidad osciló entre el 54% de 1806-1807 y el 74% de 1807-1808, coincidiendo este último con el estallido de la Guerra de la Independencia, que agravó dramáticamente las condiciones de vida de los más vulnerables. En todos los años del período, una proporción significativa de los niños fallecía antes incluso de ser asignados a una nodriza, evidenciando la extrema fragilidad de estos menores en los primeros momentos tras su ingreso.

Distribución geográfica y prácticas de entrega

La mayoría de los expósitos procedían de las provincias de A Coruña y Pontevedra, con un radio de captación que alcanzaba los 220 km, consolidando al Hospital Real como el principal centro de acogida de expósitos de Galicia. El ingreso se realizaba a través de un torno situado en la calle San Francisco, que permitía a las madres depositar a los infantes de manera anónima, protegiendo su honor en una sociedad regida por estrictos valores morales y religiosos. Las Constituciones del Hospital Real de 1804 establecían, además, la obligación de administrar el bautismo de forma inmediata tras el ingreso del niño.

Retribución económica

Los libros de cuentas revelan una estructura salarial marcada por la precariedad pero con una evolución progresiva. Las amas de primera clase percibían entre 28 y 175 reales anuales entre 1803 y 1805, con un incremento notable a partir de 1806 que elevó los máximos hasta los 372 reales. Las amas de segunda clase recibían pagos escalonados según el año de cuidado, también con aumentos progresivos desde 1805. El gasto total de la inclusa ascendió a 189.251 reales en 1807 y a 195.251 en 1808, superando al de otras inclusas españolas como las de Lorca y Cartagena.

La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna de la Viruela (1803)

Uno de los hallazgos más singulares del estudio es la identificación de cinco niños expósitos gallegos que participaron en la expedición de Balmis como portadores vivos de la vacuna: Juan Antonio, criado por María Batallán; Gerónimo María, a cargo de Tomasa Salgueiro; Francisco Florencio, criado por Ana de Pazo; Juan Francisco, a cargo de Antonia Formoso; y Jacinto, criado por Francisca Edreira. Su condición de huérfanos y abandonados, que los situaba en el escalón más bajo de la sociedad de su tiempo, los convirtió paradójicamente en protagonistas de uno de los primeros programas de vacunación masiva de la historia de la humanidad.

En conjunto, los resultados destacan el papel esencial de las nodrizas como pilares invisibles en la supervivencia de los niños expósitos, reconociendo su contribución como un acto de justicia histórica hacia estas mujeres que, desde la precariedad, salvaron innumerables vidas. No obstante, este estudio enfrenta limitaciones propias de la investigación histórica, como la interpretación subjetiva de fuentes primarias, la difícil legibilidad de manuscritos deteriorados y posibles sesgos en las fuentes secundarias, lo que exige una lectura crítica y contextualizada de los datos analizados.

Conclusión

El análisis del papel de las nodrizas en el Hospital Real de Santiago de Compostela entre 1803 y 1808 permite concluir que estas mujeres constituyeron un eslabón fundamental, aunque históricamente invisibilizado, en la cadena asistencial de los niños expósitos. Sus funciones trascendían la mera provisión de alimento: garantizaban el calor, la higiene, el descanso y, en el caso de las nodrizas externas, la integración familiar y cultural de unos niños que llegaban al mundo en las condiciones más adversas. Todo ello en un contexto de alta mortalidad infantil, con una media del 62,24% en el período estudiado, precariedad económica y profunda inestabilidad social derivada de las guerras napoleónicas.

Más allá de su función asistencial cotidiana, el estudio ha permitido identificar la participación de cinco expósitos gallegos y sus nodrizas en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna de la Viruela de 1803, un hallazgo que sitúa a estas muje-

res y a estos niños en el centro de uno de los hitos más relevantes de la historia de la salud pública mundial. Su contribución, silenciosa y anónima como toda su existencia, merece ser reconocida como parte del patrimonio histórico de los cuidados enfermeros.

Este trabajo abre, asimismo, diversas líneas de investigación futuras. Sería de gran interés ampliar el período de estudio más allá de 1808, explorar el destino vital de los expósitos que sobrevivieron, profundizar en la figura del Ama Mayor como gestora asistencial y extender el análisis comparado a otras inclusas gallegas y españolas. La recuperación de estas memorias olvidadas no es solo una tarea académica: es también una forma de restituir la dignidad de quienes, desde la sombra, hicieron posible que la vida continuara.

Referencias bibliográficas

- Alija Domínguez M. (2022). Amas, enfermeras, mozas y lavanderas. Los niveles de vida de las trabajadoras del Hospital Real de Santiago (1800-1930). [Sesión de congreso]. Congreso internacional: Contemporáneas: políticas, trabajadoras y hacedoras de Sociedad, Santiago de Compostela. Disponible en: https://juanadevega.org/es/lineas/catedra-juana-de-vega/actividades/congreso-internacional-contemporaneas-politicas-trabajadoras-y-hacedoras-desociedad/
- de la Fuente Galán MP. (1997). La situación de las inclusas en el siglo XVIII. La encuesta de 1790. Chronica Nova, 24:61-78.
- de Pablo Gafás A. (1997). Niños expósitos y medicina infantil en España a principios del siglo XIX. Revista de estudios históricos de las ciencias médicas, 3ª época, (39):5-28.
- Martínez Rodríguez, E. (1992). La mortalidad infantil y juvenil en la Galicia urbana del Antiguo Régimen. Santiago de Compostela 1731-1810. OHM: Obradoiro de Historia Moderna,1:45-78. Disponible en: http://hdl.handle.net/10347/4023
- Martínez Sabater A. (2014). Las nodrizas y su papel en el desarrollo de la sociedad española. Una visión transdisciplinar. Las nodrizas en la prensa española del siglo XIX y principios del siglo XX. [Tesis, Universitat d´Alacant], España; 2014. Available from: http://hdl.handle.net/10045/39874.
- Ramiro Fariñas, D., & Sanz Gimeno, A. (2000). Childhood mortality in central Spain, 1790-1960: changes in the course of demographic modernization. Continuity and Change, 15(2), 235-267.

El cuidado femenino en Alicante (1900-1950)

Ricardo Ribes Santos[1], Ana Lucia Noreña Peña[1] y Antonio Claret García Martínez[2]

1 Universidad de Alicante.

2 Universidad de Huelva

Introducción

La enfermería está estrechamente ligada desde sus inicios con la historia de la mujer. A través de los siglos el cuidado formal e informal, ha estado muy ligado a figuras femeninas, la mayoría de ellas desconocidas. Por ese motivo, hemos creído importante traer a la actualidad nombres de mujeres dedicadas con el cuidado en nuestro entorno de la provincia de Alicante. En este documento recogemos diferentes casos de mujeres profesionales del cuidado, que podríamos englobar dentro de la actual profesión de enfermería. Estas mujeres, tuvieron implicaciones en el cuidado local de la población e impactaron en la vida de numerosas personas durante la primera mitad del siglo XX. Este documento, dentro de un trabajo más amplio, busca empoderar a la enfermería a través del conocimiento de su propia historia y de profesionales, que estuvieron antes que nosotros y que se destacaron dentro de su comunidad, por lo que se busca encontrar y conocer diferentes profesionales y sus nombres, conociendo a su vez el desarrollo profesional que realizaron en labores sanitarias y que afectó en el medio local y su comunidad, vinculadas con el cuidado femenino.

Metodología

La información que vamos a tratar relativa al cuidado femenino en la provincia de Alicante se ha obtenido a través de diferentes medios locales que han podido ser consultados en diferentes archivos, como el Archivo Provincial de Alicante, el Archivo Municipal de Alicante, el Archivo Municipal de San Juan o el Archivo de la Diputación Provincial. Su labor apareció mencionada en diferentes medios a los que hemos podido llegar a través de los archivos consultados en Alicante. A través de una consulta en bola de nieve, partiendo de una investigación inicial de los años 1915 a 1925 y aumentando los años de búsqueda a medida que se iba encontrando información. Los documentos consultados han sido de naturaleza muy variada, desde prensa escrita a documentos administrativos internos. Además, se han empleados diversos documentos de autores con los que conocer el estado de la provincia de Alicante, en relación con la epidemia gripal de 1918 (Bernabéu, et al, 1991), diferentes organizaciones relacionadas con la enfermería y el cuidado (Germán, Martínez y Mas, 2020), como puede ser la Cruz Roja (Hernández y Segura, 2013; Mas, 2016; Mas, 2018; Mas, Siles y Pulido, 2015) y la Gota de Leche (Perdiguero y Bernabéu, 1999).

Resultados

Los nombres que se han localizado corresponden a matronas, profesoras de partos, comadronas, damas enfermeras de la Cruz Roja y Enfermeras de Alicantinas. Gracias a estos hallazgos, hemos podido conocer y redescubrir una parte importante de la historia de la provincia. Una historia que por lo general se omite y que es importante recordar para empoderar a futuras generaciones de enfermeras, mostrando el ejemplo de las mujeres que las precedieron y que cuidaron de la salud de sus comunidades. Estas mujeres fueron el tejido del sistema sanitario alicantino durante momentos de gran complejidad, como puede ser la Gripe de 1918 y la Guerra Civil Española, y son solo ejemplos concretos de mujeres que participaron en el cuidado a lo largo de la historia.

De este modo, hemos podido conocer a Teresa Burillo Pedro, una mujer que trabajó en este periodo como matrona, comadrona y profesora de partos. De ella

hemos podido conocer su nombramiento de interinidad en 1937 con retribución de 2500 pesetas, además de sus zonas de acción, siendo estas el distrito 6 y 8 de Alicante como comadrona numeraria. También tenemos una visión anterior y posterior a su carrera, conociendo que en 1933 fue comadrona honorifica de la Beneficencia Municipal sustituyendo en el cargo a su predecesora tras su fallecimiento. En 1938 conocemos que estaba entre las comadronas titulares. Posteriormente, en 1939 ocupó el puesto de comadrona de la Beneficencia, sustituyó a la comadrona anterior y en 1946 trabajó durante ese año aportando sus servicios como profesora de partos,. Del mismo periodo es Piedad Valentí Bañó, comadrona y profesora de partos en esos años, siendo comadrona suplente de los distritos 5 y 6 de Alicante en el año 1937 y, posteriormente, en 1946 fue profesora de partos aportando su registro de servicios prestados,.

La Cruz Roja en Alicante es una institución que cuenta con una larga historia, por ese motivo, encontramos que las Damas Enfermeras de la Cruz Roja tuvo una gran influencia en el entorno local. Entre diferentes documentos, que hemos podido consultar, conocemos el nombre de las estudiantes de 1920, que se presentaron al examen de acceso. Estas mujeres que buscaron acceder a la institución fueron: Señora Doña María Soler de Carretero, Señorita Faustina Camino Peral, Rafaela Herrero Murillo, Cinta Herrero Murillo, Consuelo López de Haro, Josefina Escolano Garrigós, Juana Carretero Soler, María Jesús García Pelayo, Elvira García Pelayo, Mercedes Ladrón de Guevara, Amparo Izquierdo Garrido. Además, se han podido conocer, a través de los documentos consultados, los diferentes temarios de los que se examinaron.

Por último, encontramos a las enfermeras Rosa Montoya y Doña Margarita [Surc], de las que se ha podido conocer el periodo en el que trabajaron, ya que consta el registro de la dimisión de Rosa Montoya como enfermera en enero de 1920, por motivos de salud, y la ocupación del cargo por Margarita [Surc] unos pocos días después.

Discusión

De esta forma, las diferentes menciones que se han podido encontrar de estas mujeres han servido para conocer una parte de la historia sanitaria de Alicante. No

se ha podido construir una historia completa, pero se ha cumplido el objetivo de conocer a las protagonistas del cuidado en la provincia de Alicante y, en mayor o menor medida, sus diferentes participaciones en relación con la salud que tuvieron lugar durante los años de la investigación. Futuras líneas de investigación podrían profundizar más en estas mujeres y en otras que han desarrollado su actividad profesional sanitaria en diferentes puntos de la provincia.

Referencias bibliográficas

- Bernabéu Mestre, Josep (Coord.), Nolasco Bonmatí A., Bardisa Escuder, M., Bartual Méndez, V., Gutiérrez Rubio, J.M., López Panabad, L. y Mataix Piñero, J.M. (1991). La ciutat davant el contagi. Alacant i la grip de 1918-19. Conselleria de Sanitat i Consum (Monografies sanitàries, Sère B, nº4).
- Germán Bes, C., Martínez Santos, Y. y Mas Espejo, M. (2020). Las primeras enfermeras laicas españolas: Aurora Mas y los orígenes de una profesión en el siglo XX. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Hernández Conesa, J. M., y Segura López, G. (2013). La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española (1936–1939). Index de Enfermería, 22(3), 180–183. doi:10.4321/S1132-1296201300020001
- Mas Espejo, M. (2016). El cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española. Repositorio Universidad de Alicante.
- Mas Espejo, M. (2018). Las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española durante el reinado de Alfonso XIII (1914–1931). Dykinson.
- Mas Espejo, M., Siles González, J. y Pulido Mendoza, R. (2015). ¿Qué sabemos de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española? Metas de Enfermería, 18(8), 12–19.
- Perdiguero, E. y Bernabeu, J. (1999). La Gota de Leche de Alicante (1925–1940). En Beneficencia i sanitat en els municipis valencians (1813–1942) (pp. 291–309). Ajuntament d'Alcoi.

Hospital provincial de Valladolid: perspectiva histórica en cuidados

María Inmaculada Sagarra Gervas
Facultad de Enfermería de Valladolid, Universidad de Valladolid

Introducción

El siglo XIX fue para España un periodo de gran inestabilidad política con cambios desde el absolutismo hasta el liberalismo, y grandes reformas como la Constitución de 1812 y las desamortizaciones que transformaron la estructura social. En el marco sanitario se transita a un sistema público por las reformas legales de la Ley de Beneficencia de 1849 y la Ley General de Sanidad de 1855. Sin embargo, persistieron la falta de higiene, las epidemias y la escasez de recursos. (Fernández Mérida, 1999) (Mesa, 2000).

Objetivo

Identificar los cuidados prestados en el Hospital Provincial de Valladolid durante el siglo XIX.

Metodología

Estudio histórico heurístico y hermenéutico de carácter retrospectivo. Se llevó a cabo una consulta de las fuentes primarias referentes al Hospital Provincial de Valladolid durante el siglo XIX en los siguientes archivos: Archivo Histórico Provincial de Valladolid (AHPV), el Archivo Municipal de Valladolid (AMV) y la Biblioteca Histórica de Santa Cruz (BHSC).

Desarrollo

El Hospital Provincial de la Resurrección de Valladolid fue fundado en 1553, con el objetivo de curar a los pobres enfermos de ambos sexos y de toda clase de enfermedades. El hospital contó con dos hospitales complementarios que se unieron: el hospital de los desamparados y el hospital de convalecencia. Durante los primeros años del siglo XIX, como consecuencia de la Guerra de la Independencia, funcionó como Hospital Militar. En 1849 pasó a depender de la Junta Municipal de Beneficencia y, después, en 1865 de la Junta Provincial. Estuvo en funcionamiento más de tres siglos, hasta finales del XIX.

Estructura y funcionamiento

La organización del Hospital de la Resurrección respondía a una incipiente necesidad de especialización clínica para evitar la propagación de enfermedades y optimizar los recursos. El centro disponía de enfermerías separadas por sexo y patología: Medicina y Cirugía. En 1845 el hospital contaba con por lo menos 50 camas. Destaca la creación, hacia 1860, de una unidad de obstetricia específica. Esta sala no solo contaba con material adaptado para el parto, sino que implementó protocolos de registro avanzados para la época, donde se documentaba sistemáticamente el origen de la paciente, las complicaciones del parto y el inicio de la lactancia, sentando las bases de la enfermería maternal contemporánea.

Además, el hospital gestionaba una "sala particular" (1845). Este espacio permitía atender a pacientes de clases medias que buscaban una asistencia técnica superior a la domiciliaria, lo que evidencia que el hospital ya era percibido como un centro de referencia clínica y no solo como un asilo de caridad.

La botica del hospital constituía un eje del soporte clínico. En ella se elaboraban fórmulas magistrales y se gestionaba una logística compleja de suministros. El gasto en la botica era una de las partidas más vigiladas, junto con la alimentación.

Personal asistente

La diversa documentación evidencia una plantilla de empleados muy heterogénea. En algunos trabajadores predominaba la vinculación religiosa y benéfica en

otros, en cambio, destacaba un enfoque puramente profesional.

En Julio de 1825 llegaron al Hospital las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl para dedicarse a la asistencia de los pobres enfermos, cubrieron tanto labores asistenciales como de gestión. Ejercían un control estricto sobre la administración de fármacos y la vigilancia nutricional. La Superiora actuaba como una gestora de calidad, supervisando que los enfermeros subalternos mantuvieran la asepsia básica y el orden en las salas.

Los practicantes acompañaban a los médicos en sus visitas. Debían llevar "con toda limpieza, claridad y exactitud los recetarios de medicinas". Era competencia suya la aplicación de sanguijuelas, tópicos y otros medicamentos que hubieren sido ordenados por los médicos. Los enfermeros era un gremio más en el establecimiento formado tanto por hombres como por mujeres, y estaban al inmediato servicio de la Superiora de las Hijas de la Caridad.

Remuneración

En los datos recogidos se analizan los salarios de los trabajadores en 1840 y 1892. Se puede observar como el administrador, médicos, cirujanos, practicantes y boticario eran las personas con mayor remuneración. Mientras que los dedicados a la parte asistencial, como enfermeros o Hijas de la Caridad tenían salarios mucho más bajos.

Tipos de pacientes atendidos y sus patologías

Los datos sobre los pacientes atendidos se extrajeron de diferentes registros confeccionados en el propio hospital. En el momento de ingreso el hospital llevaba un registro donde anotaban la identificación, el lugar de procedencia, la profesión a la que se dedicaban y la edad de los pacientes.

A causa de la Guerra de la Independencia, el Hospital Resurrección funcionó como hospital militar acogiendo a soldados heridos. El hospital durante estos años vio desbordados sus recursos por una excesiva ocupación de los soldados heridos.

El hospital de la Resurrección trató todo tipo de enfermedades. En sus primeros años tuvo que hacer frente a la fuerte epidemia de cólera que sufrió la ciudad. Un registro de 1800 a 1820, describe el recuento de altas y bajas por cólera en el hos-

pital.

Se llevaba a cabo un registro de las enfermedades causantes de las muertes en el hospital. La clasificación era en función del aparato afectado: cerebro espinal, circulatorio, respiratorio, genito-urinario, óseo, nervioso, locomotor, cutáneo y enfermedades infecciosas o tuberculosis.

Cuidados hospitalarios

Respecto a la alimentación las prescripciones dietéticas del hospital ofrecen una perspectiva sobre las condiciones alimentarias de los enfermos. Revisando el "despensario" de 1883 se observan las dietas pautadas para cada enfermo. Entre las dietas aparecían: dieta vegetal, dieta láctea, dieta de caldo, sopas, ración ordinaria y media ración.

En cuanto a los tratamientos medicinales, la botica del hospital permitía elaborar los medicamentos sin tener que acudir a comprarlos a otros lugares. Cada día se llevaba un registro de las recetas realizadas y su precio. El registro es de 1843 y contaba con una media de 30 recetas al día.

En el área de cirugía, la administración de morfina seguía un protocolo de dos dosis diarias: una en ayunas y otra nocturna. Por su parte en el área de medicina resulta significativo el uso del chocolate como un componente pautado dentro del tratamiento.

En cuanto a los procedimientos clínicos, los practicantes eran los responsables de ejecutar técnicas tales como unciones, sanguijuelas, sangrías y aplicación de tópicos eran algunas de las técnicas realizadas en el hospital.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio ofrecen una visión objetiva sobre el origen de los cuidados en el medio hospitalario del siglo XIX y permiten, rescatar del pasado, situar y entender la profesión de enfermería en ese contexto histórico. Conocer esas dificultades, errores y aciertos de la profesión en su evolución histórica contribuye a tomar decisiones y adoptar propuestas de mejora en el presente.

Se aprecia cómo en el siglo XIX la higiene, la adecuada alimentación, la cuidadosa atención en el suministro de fármacos o la comodidad del paciente aparecen

ya como cuidados básicos en la atención hospitalaria. El hecho de que estos cuidados se proporcionaran por aquel entonces con regularidad y como parte imprescindible del proceso curativo (en lenguaje actual, normalizados) estimula a prestarles una renovada atención en todos los órdenes (formativo, normativo...), y singularmente en de la gestión hospitalaria.

Conclusiones

- El Hospital Provincial de Valladolid en el siglo XIX prestó, principalmente, cuidados básicos, técnicos y de ayuda espiritual.
- El hospital contó con un mínimo de 50 camas, distribuidas en salas de enfermería de hombres y de mujeres, una sala particular y una de maternidad. La situación económica se paliaba gracias a limosnas y a pequeñas fuentes de ingresos generados por la escuela de niñas, la venta de medicamentos propios y de ropa de los fallecidos.
- La plantilla asistencial estaba constituida por: médicos, cirujanos, practicantes, enfermeros, Hijas de la Caridad, capellán y portero.
- El perfil de los pacientes eran hombres y mujeres, fundamentalmente sin recursos económicos, tanto de la ciudad como foráneos, y se trataron todo tipo de enfermedades.
- Ofreció cuidados básicos como la higiene y la alimentación, médicos, entre ellos, unciones, sangrías y sanguijuelas, quirúrgicos y atención espiritual.

Como futuras líneas de investigación sería interesante poder estudiar otros hospitales contemporáneos al Provincial para analizar, con más documentación, el tipo de cuidados prestados y las funciones que desempeñaban los trabajadores sanitarios, especialmente las enfermeras.

Referencias bibliográficas

- Fernández Mérida, M. C. (1999). La asistencia domiciliaria y la legislación del siglo XIX. Híades: Revista de Historia de la Enfermería, 5-6, 145-154.
- Mesa, J. M., & Jiménez Lucena, I. (2000). Salud y burocracia en España: Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). Revista Española de Salud Pública, 74(1).

Historia de la enfermería vallisoletana: de la calidad a la profesionalidad

Cristina Coloma Díez[1] y Rosa María Hernández Cifuentes[2]

1 Enfermera del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

2 Enfermera del CS Delicias I de Valladolid.

Introducción

La historia de la enfermería en Valladolid constituye un reflejo del desarrollo social, político y sanitario de la ciudad a lo largo de casi un milenio. Desde la Edad Media, la atención a los enfermos estuvo profundamente vinculada a instituciones religiosas, cofradías y órdenes monásticas, que asumieron la responsabilidad asistencial en un contexto marcado por la pobreza, la enfermedad y la ausencia de estructuras estatales de salud. Este modelo caritativo, característico de la etapa vocacional de la enfermería, evolucionó progresivamente hacia formas más organizadas y técnicas, especialmente a partir de la Edad Moderna, cuando la proliferación de hospitales y la influencia de la medicina universitaria transformaron la práctica asistencial. Finalmente, en la Edad Contemporánea, la secularización, la intervención estatal y la institucionalización de la formación enfermera consolidaron la profesión como disciplina científica.

La historiografía enfermera española ha avanzado notablemente en las últimas décadas, con estudios que analizan la evolución de los cuidados, la influencia de las órdenes religiosas, la transformación de los hospitales y el impacto de figuras clave en la profesionalización (Siles González, 1999; Hernández Martín, 1996).

Sin embargo, la historia local de la enfermería vallisoletana ha recibido menor atención, pese a que la ciudad cuenta con una rica tradición asistencial desde el siglo XI, con instituciones pioneras como el Hospital de Santa María de Esgueva o el Hospital de San Lázaro (Vaquero Puerta, 2024).

El objetivo general de este trabajo es identificar la evolución de la labor enfermera en Valladolid desde la Edad Media hasta el siglo XXI. Los objetivos específicos son: analizar las principales figuras, instituciones y tendencias que influyeron en el desarrollo de la enfermería vallisoletana; relacionar dicha evolución con los cambios históricos, sociales y sanitarios de cada periodo; y definir las raíces de la profesión enfermera desde la perspectiva local.

La metodología empleada es cualitativa, de carácter histórico-documental y con enfoque retrospectivo. Se consultaron bases de datos como Dialnet, SciELO, UVaDoc y Almena, así como fondos de la Biblioteca de la Universidad de Valladolid, la Biblioteca Pública de Valladolid y la hemeroteca de El Norte de Castilla. La búsqueda se centró en documentos publicados entre 1890 y 2025 relacionados con la asistencia sanitaria, las instituciones religiosas, los hospitales y la formación enfermera en Valladolid, excluyendo trabajos que no abordaban directamente la realidad vallisoletana.

Desarrollo

La enfermería en la Edad Media: caridad, religiosidad y asistencia

Contexto histórico y sociosanitario

Entre los siglos XI y XV, Valladolid experimentó un proceso de consolidación urbana marcado por la repoblación, la construcción de murallas y el fortalecimiento de la Iglesia como institución dominante (García Alonso, 2021). La sociedad medieval castellana se estructuraba en estamentos, con una clara división entre privilegiados y no privilegiados, y con un elevado índice de pobreza, enfermedad y marginación. En este contexto, la Iglesia asumió la responsabilidad asistencial, creando hospitales destinados a pobres, peregrinos, enfermos crónicos y leprosos (Ayuntamiento de Valladolid, 1999a).

Instituciones asistenciales y labor enfermera

La red hospitalaria medieval vallisoletana fue amplia y diversa. El Hospital de Santa María de Esgueva, fundado entre 1073 y 1109 por el conde Pedro Ansúrez y gestionado por la Cofradía de Santa María de los Escuderos, se considera el primer hospital de la ciudad (Vaquero Puerta, 2024). Su organización interna, con separación por sexos, áreas para enfermos y pobres, y la presencia de mujeres servidoras encargadas de los cuidados, refleja un modelo asistencial basado en la caridad y la atención continua.

Otros hospitales relevantes fueron el Hospital de San Cosme y San Damián, gestionado por cofradías dedicadas al cuidado de mendigos (Contreras Jiménez, 2020); el Hospital de San Lázaro, destinado a leprosos; y el Hospital de Inocentes, orientado a enfermos mentales. La presencia de órdenes como los franciscanos o las clarisas reforzó la dimensión vocacional de la enfermería medieval, caracterizada por la entrega, la obediencia y la atención a los más vulnerables (Fernández del Hoyo, 1985).

Formación y conocimientos

Durante la Edad Media, la formación enfermera no estaba institucionalizada. Los conocimientos se transmitían de forma práctica, a través de la experiencia y bajo la supervisión de médicos formados en universidades. Las mujeres desempeñaban un papel fundamental, aunque su saber, basado en la tradición, la herboristería y la experiencia doméstica, fue a menudo invisibilizado o perseguido (Vesga Gualdrón, 2012).

La enfermería en la Edad Moderna: beneficencia, epidemias y primeras reformas

Transformaciones sociales y sanitarias

Entre los siglos XVI y XVIII, Valladolid vivió un periodo de esplendor seguido de una profunda crisis. La presencia de la Corte entre 1601 y 1606 impulsó el crecimiento urbano, pero las epidemias, las hambrunas y la pobreza marcaron la vida cotidiana (Belloso Martín et al., 2022). Las cofradías y órdenes religiosas continuaron siendo el pilar de la asistencia sanitaria, aunque comenzaron a surgir iniciativas

de beneficencia más organizadas, como la Casa de Expósitos o el Colegio de la Doctrina Cristiana (Ayuntamiento de Valladolid, 1999b).

Evolución de los hospitales y del rol enfermero

La proliferación de hospitales especializados, para pobres, mujeres, niños abandonados o enfermos convalecientes, refleja una creciente complejidad asistencial. Aunque la enfermería seguía siendo vocacional, se introdujeron prácticas más técnicas, influenciadas por los avances médicos y por la consolidación de la medicina universitaria (Sánchez Aragó, 2016). La atención seguía recayendo mayoritariamente en mujeres, religiosas o laicas, que realizaban cuidados básicos, administración de alimentos y medicación, higiene y acompañamiento espiritual.

La enfermería en la Edad Contemporánea: secularización, profesionalización y sistema sanitario moderno

Siglo XIX: crisis, desamortizaciones y reorganización asistencial

El siglo XIX estuvo marcado por guerras, epidemias como el cólera y profundas transformaciones sociales. Las desamortizaciones supusieron la expropiación de bienes eclesiásticos y la conversión de conventos en hospitales, cuarteles o instituciones públicas (Ayuntamiento de Valladolid, 1999c). La asistencia sanitaria quedó en manos de hospitales municipales y provinciales, insuficientes para atender a una población empobrecida. Este contexto evidenció la necesidad de una intervención estatal más sólida.

Siglo XX: nacimiento de la formación enfermera y consolidación profesional

El siglo XX supuso un punto de inflexión. La creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en los años 30 y del Ministerio de Sanidad impulsó la modernización del sistema sanitario (Marser Campos et al., 1995). En 1931 se fundó en Valladolid la primera Escuela de Enfermería, lo que marcó el inicio de la formación reglada en la ciudad (Facultad de Enfermería de Valladolid, s.f.). Durante el franquismo, la enfermería adoptó un modelo jerárquico y militarizado, con la figura de las ATS (Expósito González & Siles González, 2019). Sin embargo, la transición democrática y la integración de los estudios en la universidad transformaron la disciplina en una profesión científica, autónoma y basada en la evidencia.

Siglo XXI: facultad, especialización y nuevos retos

La conversión de la Escuela de Enfermería en Facultad en 2013 consolidó la profesionalización. La enfermería vallisoletana se integra hoy en un sistema sanitario moderno, con hospitales de referencia como el Hospital Clínico Universitario y el Hospital Universitario Río Hortega, y con un creciente desarrollo de especialidades, investigación y práctica avanzada (Sagarra Gervas, 2024).

Conclusiones

La historia de la enfermería en Valladolid muestra una evolución progresiva desde la caridad religiosa hasta la profesionalización científica. En la Edad Media, la asistencia estuvo dominada por cofradías y órdenes religiosas que crearon una amplia red hospitalaria. En la Edad Moderna, la beneficencia y las epidemias impulsaron la diversificación de instituciones y la introducción de prácticas más técnicas. En la Edad Contemporánea, la secularización, la intervención estatal y la creación de la Escuela de Enfermería transformaron la disciplina en una profesión regulada y académica.

Las futuras líneas de investigación podrían centrarse en el análisis comparado entre la evolución de la enfermería en Valladolid y otras ciudades españolas; el estudio de figuras femeninas invisibilizadas en la historia local; la evolución de los cuidados en hospitales concretos; y el impacto de la profesionalización en la calidad asistencial.

Bibliografía

- Ayuntamiento de Valladolid. (1999a). Valladolid: historia de una ciudad. Vol. 1: La ciudad y el arte. Valladolid villa (época medieval).
- Ayuntamiento de Valladolid. (1999b). Valladolid: historia de una ciudad. Vol. 2: La ciudad moderna.
- Ayuntamiento de Valladolid. (1999c). Valladolid: historia de una ciudad. Vol. 3: La ciudad contemporánea.
- Belloso Martín, C., Burrieza Sánchez, J., Martínez Llorente, F. J., & Pascual Molina, J. F. (2022). La corte en Valladolid.
- Contreras Jiménez, M. E. (2020). La memoria del linaje Arias Dávila en la cofradía y hospital de San Cosme y San Damián de Valladolid.
- Expósito González, R., & Siles González, J. (2019). Los practicantes en Medicina y Cirugía durante el directorio de Primo de Rivera.
- Facultad de Enfermería de Valladolid. (s.f.). Nuestra historia.
- Fernández del Hoyo, M. A. (1985). El convento de San Francisco de Valladolid.
- García Alonso, F. (2021). La consolidación de Valladolid como centro urbano en la Plena Edad Media.
- Hernández Martín, F. (1996). Historia de la enfermería en España.
- Marser Campos, P., Sáez Gómez, J. M., & Martínez Navarro, F. (1995). La salud pública durante el franquismo.
- Sagarra Gervas, M. I. (2024). Hospital Provincial de Valladolid: perspectiva histórica en cuidados.
- Sánchez Aragó, S. (2016). Cuidados enfermeros en la España del siglo XVII.
- Siles González, J. (1999). Historia de la enfermería.
- Vaquero Puerta, C. (2024). Hospitales de Valladolid: aspectos históricos.
- Vesga Gualdrón, L. M. (2012). Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras.

Historia de la enfermería en el Hospital Comarcal de Granollers

Carmen Vila Gimeno*, Amelia Guilera Roche y Anna Ramió Jofre
Investigadoras de la Asociación Febe en historia de la Enfermería.
*carmenvg@blanquerna.url.edu

Introducción

Las fuentes orales han sido, des de tiempos inmemoriales, un pilar fundamental en la preservación de la memoria colectiva de los pueblos. Antes del desarrollo de la escritura, la tradición oral era la única forma de transmisión de conocimientos, historias y costumbres de generación en generación. En la actualidad, aunque las tecnologías de la información han cambiado radicalmente la forma en que se puede almacenar el conocimiento, las fuentes orales siguen siendo un recurso indispensable para la investigación histórica y antropológica.

Como señala Ferrándiz (2021), las entrevistas orales no solo proporcionan datos sobre eventos históricos, sino que también revelan la manera en que las personas interpretan y dan significado a eventos vividos. Las fuentes orales no solo documentan hechos, sino también emociones, percepciones y subjetividades de aquellos que han vivido una época o un suceso determinado, aquello que recuerdan haber vivido y el impacto que les generó, aspectos que enriquecen la comprensión de la historia. Molina y Córdoba (2022), argumentan que la tradición oral es un vehículo para la transmisión de valores, normas y conocimientos dentro de una comunidad.

El objetivo de este trabajo es conocer la historia del Hospital General de Granollers a través de los testimonios de la Congregación religiosa que estuvo al frente

de los cuidados enfermeros.

La metodología está enmarcada en un paradigma constructivista, con un diseño de carácter cualitativo. Utilizando el método de historias de vida "laboral", siguiendo la técnica del relato biográfico, ofreciendo de este modo, mayor importancia al estudio y al trabajo.

La recogida de información se realizó a partir de las cuatro entrevistas realizadas a religiosas enfermeras jubiladas, publicadas en el repositorio de fuentes orales del proyecto *Preservem* la *memòria* del Colegio Oficial de Enfermeras y enfermeros de Barcelona.

Desarrollo

El origen del Hospital General de Granollers se sitúa en el año 1328 cuando Bertrán de Seva creó una institución de acogida para pobres, peregrinos y enfermos. Situado en un edificio gótico, del que ha perdurado su nave gótica, conocida hoy como sala Francesc Tarafa, el hospital dependió durante dos siglos de la familia fundadora, que designaba a un clérigo como administrador del centro. Hasta que en 1521 el establecimiento pasó a depender del municipio.

En 1844, el hospital se trasladó al antiguo convento de los Frailes Franciscanos Capuchinos, hasta principios del siglo XX cuando ya se vio que su capacidad era insuficiente y, aprovechando que estaba afectado por el cambio del trazado de la vía del ferrocarril, Se inició una campaña -encabezada por Francesc Ribas- para construirlo. El nuevo hospital, financiado gracias a las aportaciones de numerosos ciudadanos y entidades, se inauguró al pie de la carretera de Cardedeu, el 25 de julio de 1923, con una capacidad para 80 camas, lo que ahora es el edificio histórico del hospital.

De los enfermos se cuidaban las hermanas Carmelitas de la Caridad, empezando su labor en el 1855, un total de trece religiosas (dos enfermeras y once auxiliares). También había un asilo donde se mezclaban niños y ancianos. Con el tiempo la congregación consiguió montar un orfanato/escuela, dónde trasladaron a los niños, según nos contó Hernández (2022).

En julio del 1923, cuando todavía en la mayoría de los hospitales públicos de Cataluña se hervían las jeringuillas de cristal, en Granollers ya las esterilizaban en

el Poupinel (Hernández, 2022). A principios de 1964 la Congregación se planteó que, si querían que el centro progresase, necesitaban la ayuda de un gestor, puesto que las tareas administrativas les ocupaban parte de su horario y "nosotras queríamos cuidar enfermos" (Hernández, 2022). En 1968, ya tenían la ayuda de cuatro chicas seglares que se cuidaban de la higiene i de la atención integral de los enfermos, En aquella década solo había en el hospital una enfermera seglar titulada, auxiliares de enfermería, camareras i estudiantes de ATS que se les daba toda la responsabilidad de los cuidados. Según nos contó Pernia (2022). En 1971 se inauguraba un nuevo pabellón de tres plantas y al año siguiente empezaron a ingresar enfermos de medicina interna con sus especialidades.

> *A partir de aquel momento se produjo una gran revolución en la enfermería del hospital, porque era el hospital más grande de la comarca. Con el aumento de especialidades se vio la necesidad de realizar registros enfermeros, las tarjetas de los sueros, fue pionero en toda España en la implantación de la unidosis en un hospital comarcal. Empezaron a realizar los plannings.*
>
> *Implantaron circuitos del control de infecciones (limpio/sucio), super bien marcados; se elaboró un libro de protocolos, se empezó una escuela de enfermería de la que salieron dos promociones. A raíz de la escuela se empezó a hablar de trabajar ya, con diagnósticos enfermeros y muchas cosas más, hasta que desgraciadamente la dirección de enfermería cambió* (Pernia, 2022).
>
> *"Cuando empezaron a entrar las enfermeras seglares fue cuando por fin consiguieron un contrato laboral todas las religioses del centro y pudieron tener Seguridad social, sustituyendo también los hábitos por los uniformes correspondientes"* (Hernández, 2022).

En 1970, llegó una nueva generación de religiosas con la finalidad de estudiar enfermería y quedarse en el hospital, unas trabajaban por la mañana y estudiaban por la tarde en la escuela del Niño Dios y otras estudiaban en el hospital Militar por las mañanas y trabajaban por las tardes en el hospital y además por las noches hacían velatorios en dos turnos uno de las nueve de la noche a las dos y otro de las dos a las seis. Cuando terminaron los estudios ya tenían médicos de guardia, pero

seguían siendo las criadas de los médicos, hasta que llegó el gerente Agustí Trullà, venia del hospital de San Pablo de Barcelona con otra filosofía de organización hospitalaria, él creó la Dirección de enfermería, la Dirección asistencial (con médicos y enfermeras) la Dirección económica administrativa y la Dirección General. Pilar Castellanos fue la directora de enfermería y Dolores Sitges la enfermera jefa, coincidiendo con la fundación de la escuela de enfermería también le confiaron el cargo de jefe de estudios de la escuela, dependían del Hospital Clínico, era una escuela pequeña con 20 estudiantes. Ellas se quejaron de que no lo podían hacer todo y la provincial fue a hablar con el gerente para decirle que "o lo arreglaba o sacaría a la Comgregación del centro". Como el hospital no tenía dinero, el gerente decidió cerrar la escuela. Solo salieron dos promociones. También dejaron de trabajar por las noches, según nos contó Sitges (2022).

En 1974, Matabosch (2022) explica: *"nuestra organización en las plantas era la siguiente, Una vez recibido el parte de las compañeras del anterior turno, se iba a visitar a los enfermos, se observaba si tenían alguna dificultad, se priorizaban los que estaban más críticos y cuando llegaban los médicos pasábamos visita con ellos y se hacía todo lo que el médico indicaba"*.

Cuando se amplió el hospital con cuatro plantas más en el 1978, se pidió ayuda a la Congregación que nos mandaron hermanas de toda España, *"llegamos a ser treinta y dos religiosas, muy jóvenes con estudios o estudiando, algunas al terminar volvieron a marcharse, mientras que las que eran de aquí, se quedaron todas"* (Hernández, 2022).

"Con la llegada de la profesionalización de la enfermería, de estas líneas tan fuertes, tan humanas, tan profesionales, dieron un gran vuelco a la enfermería profesional" afirma Pernia (2022), y sigue, *"La Dirección de Enfermería debe tener autonomía propia i nunca ser degradada a la dirección de servicios generales, pero se debe demostrar su necesidad"*.

En el mismo recinto, en 1984 entró en funcionamiento el Centro geriátrico Adolfo Montañá, sustituyendo al antiguo asilo. El 1987, se creó la plaza del servicio religioso, Sitges (2022) añade *"Lo que más me gustó fue que formaba parte del equipo de paliativos y pude acompañar en el final de la vida a diferentes personas, intentando cubrir sus necesidades espirituales"*.

El 20 de noviembre de 2009 se inauguró el nuevo edificio de Consultas Externas. Era tan grande que el punto de información de consultas era un descontrol y la gente no sabía dónde iba. Hasta que el gerente nos pidió ayuda. *"Era un voluntariado de colaboración y ayuda, allí Pilar estuvo unos años*" nos contó Hernández (2022).

Pero en el 2020 llegó la pandemia, Matabosch y Hernández (2022) nos cuentan que *"Después de estar en traumatología, trabajé por las tardes en la residencia. Cuando me jubilé me quedé de voluntaria, pero llegó la COVID y estuvimos dos años que no se nos permitió estar en ningún servicio. Nos lo cortaron todo, tuvimos que dejar, incluso la residencia"*.

Actualmente, la modernización de las estructuras del Hospital le permitirán seguir creciendo en el futuro con espacios confortables, sostenibles y de máxima calidad.

Conclusiones

Estos cuatro testimonios directos de la historia del hospital de Granollers se fueron jubilando y se quedaron de voluntarias en su querida residencia, haciendo voluntariado sanitario, hasta que la pandemia de la COVID les paró su vida.

Éste trabajo es un ejemplo de los trabajos que pueden ser posibles a través de los testimonios que se encuentran en el repositorio de *Preservem* la *memòria* del COIB. Hoy hay 190 entrevistas publicadas.

Referencias bibliográficas

- Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004. en: https://www.index-f.com/memoria/metodologia.php.
- Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (2023) Preservem la memòria https://preservemlamemoria.coib.cat/
- Corradini. L. (2006) «No hay que confundir memoria con historia», dijo Pierre Nora. https://www.lanacion.com.ar/cultura/no-hay-que-confundir-memoria-con-historia-dijo-pierre-nora-nid788817
- Ferrándiz, F. (2021). El pasado bajo tierra: Exhumaciones contemporáneas y memoria histórica en España. Anthropos Editorial.
- Hernández Turró, Josefa. Entrevista realizada el día 21/09/2022 en: https://preservemlamemoria.coib.cat/es/testimonis/46
- Hospital General de Granollers. https://www.fphag.org/
- Matabosch Puig, Enriqueta. Entrevista realizada el día 21/09/2022 en: https://preservemlamemoria.coib.cat/es/testimonis/44
- Molina, J. & Córdoba, R. (2022). Narrativas orales y memoria cultural en América Latina. Ediciones del Sur.
- Pernia Campos, Inmaculada. Entrevista realizada el día 21/09/2022 en: https://preservemlamemoria.coib.cat/es/testimonis/45
- Sitges Vila, Dolors. Entrevista realizada el día 21/09/2022 en: https://preservemlamemoria.coib.cat/es/testimonis/43

Conferencias y ponencias

8

Militarización y profesionalización



Análisis histórico de los modelos de enfermería en el hospital de San Carlos

Manuel Cano Leal* y Mariana García González
Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz (GIHEG).
*cordo_besa@hotmail.com

Introducción

El Hospital San Carlos, situado en la ciudad de San Fernando (Cádiz) y perteneciente en la actualidad al Servicio Andaluz de Salud, es una institución sanitaria con más de dos siglos de historia. Su trayectoria ha atravesado épocas doradas de intensa actividad sanitaria militar y civil, implicaciones en la docencia e investigación, y otros periodos de incertidumbre y escasa asistencia.

La historia de este hospital está profundamente ligada a la evolución de su personal de enfermería, convirtiéndose en un espacio donde han coexistido tres perfiles profesionales distintos: la enfermería militar (perteneciente al Cuerpo de Sanidad de las Fuerzas Armadas), las Hijas de la Caridad (orden religiosa con dedicación sanitaria) y el personal de enfermería civil.

En consonancia con la deconstrucción del género en el cuidado, el objetivo principal de este trabajo es analizar los colectivos enfermeros presentes en la historia y evolución del Hospital San Carlos, valorando las consecuencias que han supuesto las transformaciones institucionales para estos profesionales. Se busca contribuir al estudio de los itinerarios de la enfermería teniendo como referencia el contexto

espacial e institucional, prestando especial atención a cómo los roles desempeñados, según los destinos laborales, han estado fuertemente condicionados por los estereotipos de género.

Metodología

El presente trabajo es el resultado de una investigación cualitativa fundamentada en la antropología social y en la historia de la enfermería. Para su elaboración, se han seguido cuatro pautas metodológicas principales:

En primer lugar, se ha realizado una exhaustiva revisión histórica y bibliográfica mediante la recopilación de textos, documentos y actas, necesaria para asentar las bases históricas y antropológicas de la institución y sus colectivos.

En segundo lugar, se ha llevado a cabo un trabajo de campo centrado en el espacio contextual de los diferentes servicios hospitalarios. Los informantes claves han sido los profesionales de enfermería que han continuado realizando su labor a pesar del cambio de titularidad del hospital, proporcionando el contenido empírico de las situaciones analizadas.

En tercer lugar, se ha aplicado la observación participante, facilitada por la posición emic de los investigadores, al haber formado parte como personal militar y civil.

Por último, la metodología cualitativa se ha fundamentado en la realización de entrevistas individuales a los informantes y en la creación de grupos de discusión. Esto ha permitido obtener perspectivas trianguladas sobre una misma situación institucional basándose en diversas historias personales y profesionales.

Resultados

El Hospital de Marina de San Carlos fue fundado en 1809, en plena Guerra de la Independencia, atendiendo a pacientes civiles, militares y prisioneros. Durante más de siglo y medio, acogió a heridos de los conflictos bélicos y desastres naturales, así como a la población civil de San Fernando. Un hito transformador ocurrió en 1981 con la inauguración del nuevo Hospital Naval, momento que marcó el inicio del desarrollo científico moderno y la entrada masiva de profesionales de enfermería civiles. Tras un progresivo declive de la actividad militar a principios del siglo

XXI, el 1 de octubre de 2014 se materializó el traspaso total de los recursos del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud. En este intrincado escenario, interactuaron tres modelos de enfermería:

El modelo militar: Autoridad y masculinidad

Desde la creación del Cuerpo Auxiliar de Sanidad de la Armada en 1738, la enfermería militar ha tenido una presencia fundamental en todas las instituciones hospitalarias del Ejército. Este colectivo, históricamente masculino, evolucionó al amparo de la medicina y la estricta jerarquía castrense. En 1960 se creó la Escala Auxiliar de los Servicios de Sanidad de la Armada para Suboficiales con el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). La Armada fue pionera al ajustar las funciones profesionales al título académico, permitiendo a estos enfermeros varones alcanzar altos cargos. En 1997, el hospital tuvo su primer director de enfermería con el rango de Teniente Coronel Juan Outón Barahona. Este modelo de poder, técnico y gestión estuvo restringido a los hombres de forma exclusiva hasta 1988, año en que se produjo la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas. El modelo militar representó, por tanto, un cuidado fuertemente asociado a la autoridad y el rango.

Las Hijas de la Caridad: Vocación y subordinación femenina

Las Hijas de la Caridad se establecieron en el hospital en 1870, y en 1877 se reconoció oficialmente mediante Real Orden su permanencia con carácter de enfermeras. Era un colectivo exclusivamente femenino cuyo modelo de cuidado no estaba limitado a horarios ni turnos, sino a la vocación y a las necesidades del servicio. A nivel organizativo, dependían directamente del mando militar, de quien recibían órdenes, consolidando un rol de subordinación formal. Sin embargo, su antigüedad les otorgó un poder práctico innegable. Cuando llegó el personal civil, las religiosas asumieron las funciones de gestión de personal y supervisión. Imprimieron un carácter basado en la abnegación que las diferenciaba de las enfermeras de los hospitales públicos, hasta su emotiva marcha definitiva en 2008 tras 138 años de servicio.

La enfermería civil: Feminización y asimilación de roles

El colectivo civil comenzó su entrada masiva en los años 80, coincidiendo con la apertura del nuevo hospital. Este grupo, compuesto en más de un 80% por mujeres (porcentaje que se mantiene inalterable a nivel nacional), llegó con formación universitaria como Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE). Las enfermeras civiles se integraron en una estructura peculiar y jerarquizada: la autoridad clínica y administrativa estaba mayoritariamente en manos de hombres militares, mientras que la supervisión directa era ejercida por mujeres religiosas. Formadas en una época de importantes cambios sociales en España, las enfermeras civiles tuvieron que asumir roles dictados no solo por sus competencias académicas, sino por fuertes condicionamientos de género impuestos por la propia idiosincrasia de la institución.

Aspectos destacados de esta convivencia

Analizados los distintos grupos descritos, podemos valorar los siguientes determinantes:

1. El contraste en la profesionalización formal /brecha formativa)-

   La diferencia de género está marcada porque, mientras los hombres de la enfermería militar disfrutaban de un sistema donde sus funciones se ajustaban al título de ATS, desde fechas tempranas, algunas de la Hijas de la Caridad carecían de titulación oficial. Posteriormente, cursaron los estudios necesarios, pero esto nos ilustra como el cuidado masculino se ligó a la profesionalización y el rango, mientras que el femenino se sostuvo, inicialmente, en la vocación desregulada.

2. Detalles sobre la integración de la mujer en el ámbito militar.

   El ingreso de la mujer en las Fuerzas Armadas (y por ende, el acceso al poder y rango en la enfermería militar), se produjo mediante el Real Decreto de 22 de febrero de 1988, esta apertura fue tardía con respecto al resto de países de la OTAN, aunque luego tuvo una evolución rápida. En la actualidad, se sigue manteniendo un techo de cristal con respecto al resto de Grados Universitarios en el Ejército en cuanto a la posibilidad

del ascenso a la máxima graduación militar, no pudiendo alcanzar el generalato, en discriminación evidente con el resto de carreras.

3. La transición académica y la feminización de las aulas (de ATS a DUE).

Este proceso de la profesión marcó el carácter mayoritariamente femenino en la profesión. Si en la época de ATS, los estudios eran cursado tanto por hombres como por mujeres, al pasar a DUE, a finales de los 70, se produjo una entrada masiva de mujeres a la universidad y pasaron a ser inmensa mayoría.

4. El perfil demográfico del paciente.

El entorno en que llegó la enfermería civil al Hospital San Carlos, estaba marcado no solo por los gestores, sino también por los pacientes, ya que estos eran fundamentalmente militares y sus familiares. Atender a esta población específica obligó a las enfermeras a moldear su práctica y adaptarse a unos requerimientos distintos a los de un hospital del Sistema Andaluz de Salud, acentuando la presión de los roles de género y la jerarquía castrense en su día a día.

Conclusiones

A la luz de los datos aportados, se establece como referente fundamental que la historia de la enfermería no puede escribirse bajo una idea homogeneizadora; por el contrario, está compuesta por la historia de distintos "saberes enfermeros". El Hospital San Carlos ha funcionado como un agente socializador clave en el cambio de paradigma de la práctica profesional y como un aglutinador de estos diferentes saberes.

Durante los años 70 y 80, se formaron generaciones de enfermeras bajo un paradigma de subordinación y obediencia hacia la clase médica y jerárquica. La convivencia profesional en el Hospital San Carlos con colectivos como los militares y las religiosas enriqueció técnicamente a las enfermeras civiles, pero simultáneamente les marcó pautas y normas basadas en roles de género que han naturalizado e incorporado a su perfil profesional, e incluso personal.

La propia trayectoria del hospital demuestra cómo los objetivos empresariales y políticos se transformaron sin que el personal de enfermería tuviera mayor protagonismo que el de acatar las reformas impuestas. La desaparición de los colectivos militar y religioso del recinto supuso una pérdida inestimable de acervo y experiencia, dejando a la enfermería civil la responsabilidad exclusiva de mantener la asistencia y adaptar sus conocimientos, técnicas y turnos. Las enfermeras civiles han tenido que sostener dignamente su desarrollo y conservar el orgullo de la profesión ante una etapa de profundos cambios institucionales.

Para deconstruir verdaderamente el género del cuidado, es imprescindible reconocer estas raíces históricas y reflexionar sobre la identidad profesional. La enfermería actual debe seguir evolucionando desde la asimilación de aquellos roles y estereotipos heredados hacia una profesión plenamente autónoma, basada en el manejo de situaciones complejas, la legislación, la especialización, la docencia y la investigación.

Bibliografía

- Allué, M. (2013). El paciente inquieto. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- Cohen, H. (1988). La enfermera y su identidad profesional. Barcelona: Grijalbo.
- Collière, M. (1993). Promover la vida
- Donahue, M. (1988). Historia de la enfermería
- García-Cubillana de la Cruz, J. (2007). El antiguo hospital de San Carlos (1809-1981) y la ciudad de San Fernando. Jerez de la Frontera: Publicaciones del Sur.
- García González, M. (2016). Hospital San Carlos. La Enfermería desde una perspectiva de género. Trabajo Fin De Máster. Máster Universitario de Investigación Antropológica y sus Aplicaciones. UNED.
- German Bes, C. (2013). La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978
- Ministerio de Defensa. Bicentenario del Hospital de “San Carlos”, San Fernando (Cádiz), 1809-2009. (2009). Madrid.
- Siles, J. (1999). Historia de la enfermería. Alicante: Editorial Aguaclara.

Elvira López Mourín: pionera en la enfermería profesional y militar en España

Isidoro Rodríguez Pérez[1]*, Emilio Rubén Pego Pérez[2] y María Lourdes Bermello López[3]

1 Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela, Campus de Lugo. Académico numerario y Presidente de la Academia de Enfermería de Galicia.

2 Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Grupo de Investigación CroniEduTec. Cronicidad, Innovación Educativa y Tecnologías aplicadas a la Salud. Universidad de Santiago de Compostela. Académico correspondiente de la Academia de Enfermería de Galicia.

3 Servicio Gallego de Salud, Hospital Universitario Lucus Augusti. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela, Campus de Lugo. Académica numeraria y Vicepresidenta Primera de la Academia de Enfermería de Galicia. *isidoro.rodirguez@usc.es

Introducción

Elvira López Mourín es una figura clave en la historia de la enfermería española, encarna el esfuerzo, la valentía y la dedicación que marcaron el inicio de la profesionalización de la enfermería en España a principios del siglo XX, que la llevaron a ser una heroína. Nació en 1893 en el lugar de Viládiga, parroquia de San Xoán de Río, en el Ayuntamiento de Láncara a unos kilómetros de la capital de la provincia de Lugo, en un contexto socioeconómico adverso. Elvira superó las barreras de género, educación y estatus social para convertirse en una de las, ocho, primeras

enfermeras profesionales y militares del país. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2022, 2022a). Su vida y trayectoria reflejan las transformaciones sociales y culturales que vivió España en aquella época, incluida la lucha por la igualdad de derechos y el acceso de las mujeres a la educación y al ámbito laboral (Bermello López, Pego Pérez & Rodríguez Pérez, 2023).

La vida de Elvira estuvo marcada por profundas desigualdades sociales, la marginación de las mujeres y la influencia de conflictos bélicos como la Guerra del Rif y la Guerra Civil española. En este escenario, la enfermería evolucionó de ser un oficio vinculado a la caridad, a las órdenes religiosas, o al ámbito doméstico, para convertirse en una profesión técnica y científica, con la implementación de la Real Orden con el Programa Oficial de Formación de Enfermeras de 1915. Este cambio significó un avance crucial en la emancipación de la mujer y en la consolidación de su papel en el ámbito sanitario. (Pego Pérez, Rodríguez Pérez & Bermello López, 2023).

Elvira destacó como una pionera en su campo, formando parte de la Primera promoción de enfermeras profesionales de la Cruz Roja Española. En febrero 1921 realizó los exámenes para ser enfermera militar por lo que pasó a estar destinada en el Hospital Militar de Urgencias de Madrid. Así, en el mes de diciembre de 1921 se incorporó en Melilla a atender a los soldados de la Guerra del Rif. En dicho territorio convulso, participó de forma voluntaria y exonerando de toda responsabilidad al cuerpo militar, en el primer vuelo en misión sanitaria de la Aviación Española, en la noche del 1 de noviembre de 1922. Un acto heroico que la convirtió en la primera mujer en volar en un avión medicalizado en el país y en el mundo (González Canomanuel, 2017). Su valentía y compromiso salvaron vidas y sentaron las bases para el reconocimiento de la enfermería como una profesión esencial en la sociedad.

Objetivo

Por lo anteriormente mencionado, este trabajo tiene como objetivo analizar el contexto histórico, social y sanitario que enmarcó la vida profesional de Elvira López Mourín, su legado y su contribución al desarrollo de la enfermería en España.

Método

Se realizó una revisión histórica de alcance en los medios electrónicos y de biblioteca disponibles. Se solicitó a los principales archivos históricos documentación de sus años de servicio. Se realizaron entrevistas a tres informantes y vecinos del pueblo natal que la habían conocido.

Resultados y discusión

Elvira López Mourín fue una pionera en la profesionalización de la enfermería en España, además de su relevante papel en la emancipación y presencia de la mujer en el ámbito civil y militar. Nacida el 3 de septiembre de 1893 en Viládiga, parroquia de San Martiño de Río, en el Ayuntamiento de Láncara (Lugo),, fue hija de madre soltera, un hecho que marcó su vida especialmente en los contextos personal, social y familiar. A pesar de estas circunstancias, logró superar las barreras de su tiempo y convertirse en una de las primeras enfermeras profesionales y militares en España. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2022).

Entre 1918 y 1921, cursó estudios en el Hospital-Escuela de San José y Santa Adela de la Cruz Roja Española en Madrid, siendo una de las tres mujeres que completaron esta formación de las solo cinco candidatas iniciales,. Tras esta formación, el 12 de febrero de 1921, comenzando su carrera en el Hospital de Urgencias de Madrid, donde ascendió rápidamente de enfermera de segunda clase a primera clase en el mismo año. El 1 de diciembre de 1921,, fue destinada a los hospitales de Melilla, en el contexto de la guerra del Rif, donde formó parte de un equipo quirúrgico. (Pego Pérez, Bermello López & Rodríguez Pérez, 2022a). El acto heroico tuvo lugar el 1 de noviembre de 1922, momento en que se ofreció como voluntaria para participar en un peligroso y nocturno vuelo sanitario organizado por el comandante Dr. Víctor Manuel Nogueras, que trasladaría un equipo quirúrgico desde Nador (Melilla) a Dar-Drius. A pesar de su disposición y valentía, no se le permitía volar, debido a la prohibición, para hacerlo las mujeres en aeroplanos militares y dada la alta peligrosidad del vuelo rasante, que se realizó de noche, utilizando pistas de aterrizaje iluminadas únicamente por bidones ardientes de madera y gasóleo. En palabras de la propia Elvira al responsable militar de la Plaza, que no autorizaba su participación

en la misión: "Si no actuamos ahora, ¿qué hemos venido a hacer aquí?". (González Canomanuel, 2017). Este hecho, ampliamente reconocido en su época, fue publicado en los periódicos, reconocido por la Casa Real y recompensado económicamente mediante una colecta realizada por sus compañeros. En la prensa de la época se escribió:

"El piloto la ayudó a salir. Parecía que salía de una litera. El aviador con una reverencia de minué, le ofrecía al mismo tiempo una muñeca que llevaba en el aparato como mascota"

Tras regresar a Madrid en 1923, aprobó el examen oficial de enfermeras profesionales y continuó su carrera en el ámbito militar. En 1933, se incorporó al Cuerpo Auxiliar Subalterno del Ejército (CASE), siendo una de las ocho enfermeras que pasaron a formar parte de este incipiente cuerpo. Desempeñó su labor asistencial en el Hospital Militar nº 2 de Madrid, en el gabinete de radiología, posteriormente en el Hospital Militar de Urgencias de Madrid, donde recibió el reconocimiento por sus quince años de servicio como enfermera militar a primeros de 1936,,. Durante la Guerra Civil Española, aunque evitaba hablar del conflicto, se sabe que ayudaba a la población civil de Madrid proporcionando comida y ropa desde el hospital en el que permaneció durante toda la contienda. (Pego Pérez, Rodríguez Pérez & Bermello López, 2023).

Tras el final de la Guerra Civil, fue sometida a un Consejo de Guerra y en el mismo exonerada, de los cargos que se le habían imputado en mayo de 1940, siendo reincorporada al CASE en el Hospital Militar de Urgencias de Madrid. En 1949,,, se le reconoció toda su antigüedad desde 1921, y el 10 de septiembre de 1958 pasó a situación de retiro por edad (haber cumplido los 65 años). A pesar de su dedicación y logros, su persona cayó en el olvido, limitándose a su puesto de trabajo hasta su jubilación. (Pego Pérez, Rodríguez Pérez & Bermello López, 2023).

Elvira López Mourín fue una mujer adelantada a su tiempo, que rompió barreras en un contexto histórico marcado por las limitaciones sociales y de género. Fue la primera en cursar estudios de enfermería profesional (1918-1921), en convertirse en enfermera militar (1921), en participar en un vuelo en misión sanitaria en España y en el mundo, así como en formar parte del Cuerpo Auxiliar Subalterno del Ejército. Su defunción fue en 1961 y fue sepultada en el Cementerio de la Almudena

(Madrid),. Su valentía y profesionalidad fueron reconocidas en su época, siendo recibida por la reina Victoria Eugenia y Alfonso XIII, reconociéndola como heroína de guerra, aunque posteriormente, su figura fue relegada al olvido durante décadas. (Bermello López, Pego Pérez & Rodríguez Pérez, 2023, Pego Pérez, Rodríguez Pérez & Bermello López, 2023).

En mayo de 1937 se creó el Arma de Aviación a nivel similar a la Marina y el Ejército y al año siguiente se indicó que la Sanidad de Aviación estuviera formada por las ramas de Médicos y la de Practicantes. En 1939, se creó el Ejército del aire tras finalización de Guerra Civil. Posteriormente en octubre de 1939 nació el actual Ejército del Aire (González Canomanuel, 2018; López Vallecillo, 2023; Saumell Bonet, 2019).

Comparativamente, y tras el vuelo sanitario del Rif (1922), en Italia, país del cual se tomaban algunas referencias, se había establecido y regulado el servicio sanitario de Aeronáutica en 1925, creando enfermerías y puestos de socorro en los campos de aviación (Saumell Bonet et al., 2012, Saumell Bonet, 2019). En 1928, Amelia Earhart se convirtió en la primera pasajera en cruzar el Atlántico en avión (acompañando al piloto Wilmer Stultz), por lo que alcanzó el estatus de celebridad.

A nivel mundial destacaron Ellen Church, auxiliar de vuelo estadounidense, considerada la primera mujer a nivel mundial con la compañía Boeing Air Transport al participar en un vuelo en mayo del año 1939, aunque con la evidencia actual, Elvira es la primera mujer reconocida documentalmente como pionera en realizar un vuelo en misión sanitaria. Y con relación a la enfermería, destacaron diversas figuras de enfermeras francesas llamadas enfermeras piloto o enfermeras del aire, entre ellas Michaela Clermont-Tonnerre, Valerie de Renaudie, Genevieve Roure, Marie-Thérèse Palu y Marguerite Guyencourt que crearon en el año 1934 el cuerpo de enfermeras del aire. Finalmente, el 1 de noviembre de 1945, el coronel comandante del Grupo de Military Air vehículos industriales autorizó la creación del Equipo Profesional de Enfermeras del aire. (Rubio Pilarte et al., 2015).

Habría que esperar hasta el año 1988 para que la mujer accediera por primera vez en España como militar profesional (González Canomanuel, 2018; López Vallecillo, 2023; Saumell Bonet, 2019).

Como se puede observar, no hay evidencia documentada previa al acto heroico del 1 de noviembre de 1922, de que otras enfermeras participasen en actividades de esta índole, destituyendo en estos momentos la posición de Ellen Church como la primera enfermera del aire, en este caso como azafata de vuelo, no como enfermera (Pego Pérez, Rodríguez Pérez & Bermello López, 2023).

En 2020, con motivo del Año Internacional de las Enfermeras, su legado fue recuperado y puesto en valor. Correos emitió un sello con su imagen, y la Academia de Enfermería de Galicia, junto al Colegio de Enfermería de Lugo, organizaron una exposición itinerante de divulgación de esta enfermera y publicaron una biografía contextualizada sobre su vida. Estos reconocimientos recientes han permitido rescatar del olvido a una mujer cuya trayectoria marcó un hito en la historia de la enfermería y la presencia de la mujer en el ámbito militar. Su vida y obra constituyen un ejemplo de superación y compromiso, que merece un lugar destacado en la memoria histórica (Pego Pérez, Rodríguez Pérez & Bermello López, 2023).

Conclusión

Se ha descrito el recorrido profesional de Elvira López Mourín, desde su formación como enfermera hasta su papel pionero en la profesionalización de la Enfermería, específicamente de la enfermería profesional, militar y de Urgencias extra-hospitalarias en España, subrayando su valentía y compromiso en contextos de conflicto. Hoy representa un hito clave en la historia de la enfermería y en la presencia de la mujer en el ámbito sanitario y militar.

Las futuras líneas de investigación incluyen la recuperación de documentación sobre los cuerpos de auxiliares sanitarios y la incorporación de la mujer al ejército y la aeronáutica, así como el estudio de aspectos biográficos de Elvira López Mourín todavía desconocidos.

Será necesario continuar el análisis acerca de la estrecha relación entre la profesión enfermera y el feminismo y sobre su impacto en la igualdad de género.

Bibliografía

- Bermello López, M.L., Rodríguez Pérez, I., & Pego Pérez, E.R. (2023). Elvira López Mourín: enfermera pionera que realiza en primer vuelo sanitario en España en 1922. En: Bandrés-Goldáraz, E. (coord.). Feminismo en la línea del tiempo, desde las (in) visibilidades al concepto de felicidad (pp. 432-456). Dykinson. Disponible en: https://www.dykinson.com/libros/feminismo-en-la-linea-del-tiempo-desde-las-invisibilidades-al-concepto-de-felicidad/9788411229258/
- González Canomanuel, M.A. (2017). Elvira López Maurín, la primera enfermera militar de la aviación sanitaria española: la historia de un acto heroico olvidado. Sanidad Militar, 73(1), 68-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sm/v73n1/historia_humanidades.pdf
- González Canomanuel, M. Á. (2018). Los primeros heridos y enfermos evacuados por vía aérea en España por la Aeronáutica Militar (1923-1927). 95º aniversario del comienzo de la Aviación Sanitaria española. Sanidad militar, 74(3), 191-197.
- López Vallecillo, M. (2016). Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940) [Tesis]. Universidad de Alicante (España). Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/16513
- Pego Pérez, E.R., Rodríguez Pérez, I. & Bermello López, L. (2022). Elvira López Mourín, the First Nurse in the World to Participate in an Aid Mission with the Air Force: Returning an Identity to the History of Nursing. International Journal of Nursing and Health Care Science, 2(14). Disponible en: https://columbuspublishers.com/uploads/articles/20230207220941940943 9_ijnhcs_2022_171.pdf
- Pego Pérez, E.R., Rodríguez Pérez, I., & Bermello López, M.L. (2022a). Elvira López Mourín, unha viaxe de altura. Ilustre Colexio Oficial de Enfermería de Lugo, Academia de Enfermería de Galicia, Deputación de Lugo. DL: LU 23-2023.
- Pego Pérez, E.R., Rodríguez Pérez, I., & Bermello López, M.L. (2023). Curso y final de la vida profesional de Elvira López Mourín. Ene revista de enfermería, 17(1). Disponible en: https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1429/elvira
- Rubio Pilarte, J. & Solórzano Sánchez, M. (2015). Enfermeras pilotos o enfermeras del aire [Internet]. Enfermería avanza, 30 de marzo de 2015. Disponible en: http://enfeps.blogspot.com/2015/03/enfermeras-pilotos-o-enfermeras-del-aire.html

- Saumell Bonet, J. E., Rodríguez González, S., Velo Serrano, F., Davó Devesa, M., & Bernabé Jiménez, H. (2012). Inicios de la enfermería militar en la aviación militar española. Cultura de los cuidados, 2012,(33):30-37. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24149/1/CC_33_04.pdf
- Saumell Bonet, J. E. (2019). Enfermería militar profesional del Ejército del Aire (1939-1989) [Tesis]. Universidad de Alicante (España). Disponible en: https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/3c239d2f-f5a2-492a-a696-b8a01f5f4e62/content

Perfil de las enfermeras de sección femenina durante la Guerra Civil y la Posguerra en la provincia de Valladolid

Jaime Sánchez Calvete[1], María López Vallecillo[2] y Noelia Martín Espinosa[3]

1 Dirección General de Salud Pública. Junta de Castilla y León.

2 Facultad de Enfermería Universidad de Valladolid.

3 Facultad de Fisioterapia y Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha.

Introducción

La Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista (FET) y de las JONS, fundada en 1934 y dirigida por Pilar Primo de Rivera, fue una organización clave en la construcción del modelo de mujer durante el franquismo (Giménez, 2016). Se constituyó como una organización antidemocrática y piramidal, basada en la obediencia a los superiores, y mantuvo su estructura hasta su desaparición en 1977, sin apenas cambios (Noval, 2000).

Durante la Guerra Civil, las enfermeras de Sección Femenina de Falange se formaron a través de cursos provinciales para dar cobertura asistencial en labores sociosanitarias que mantendrían durante la posguerra y el franquismo (Morales, 2010). Simbolizaron el ideal de mujer promulgado por el régimen, piadosa, obediente y al servicio de los demás. Esta figura representaba la unión entre el deber sanitario y el patriótico, convirtiéndose en un pilar del sistema asistencial del régimen. Así, el papel de estas mujeres, no se limitó a la asistencia sanitaria, sino que incluyó la difusión de valores franquistas y la educación de las madres en higiene y crianza (González, 2016).

Sección Femenina fue un instrumento clave del franquismo para moldear a la mujer española según los valores del régimen. Construyó un modelo tradicional de la mujer basado en el perfil de esposa y madre en el hogar. Lideró la formación de muchas mujeres en áreas relacionadas con el hogar, la puericultura o la sanidad, invitándolas a participar en espacios públicos acordes con su rol de género, como los cuidados, por lo que las enfermeras desarrollaron un papel clave actividades sanitarias, sociales y de educación para la salud (Piérola, 2003). Por todo lo anteriormente expuesto se ha planteado describir el perfil de la enfermera de la Sección Femenina entre 1936 y 1950 en la provincia de Valladolid.

Para ello se utilizó el método histórico hermenéutico basado en el análisis documental de fuentes históricas primarias relacionadas con las actividades de Sección Femenina.

La principal fuente documental fueron las cajas depositadas en el Archivo Histórico Provincial de Valladolid (AHPV), y en concreto las correspondientes a la Delegación Provincial de la Sección Femenina de Valladolid entre 1936 y 1950.

Desarrollo

Se analizaron 35 expedientes de enfermeras conservados en las cajas 1024 y 1025 del AHPV. Cada expediente contenía un historial personal, la declaración jurada exigida por la normativa franquista, la solicitud del carné de Dama Enfermera Española y el registro de servicios prestados. En los historiales se recogían datos de identificación, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, residencia, antecedentes políticos y afiliación a la FET, así como los títulos sanitarios, recompensas y posibles sanciones.

La distribución por año de nacimiento muestra una mayor densidad entre 1913 y 1919, con un pico en 1909, lo que sitúa a la mayoría de las enfermeras jóvenes durante la guerra y la inmediata posguerra. Esta juventud fue adecuada para asistir a los cursillos de capacitación y su posterior movilización en la Guerra Civil Española, documentada en la historiografía para el período entre 1936 y 1942, ya que se necesitaron muchas mujeres "muy jóvenes" con disposición disciplinada y "obediencia" para trabajar en los hospitales militares, provinciales y en las campañas higiénicas (Giménez, 2016).

Respecto al estado civil, la mayoría de las enfermeras estaban solteras, con una sola viuda y ninguna casada (34 solteras y 1 viuda). Esto se relaciona con el ideal franquista de optimizar la disponibilidad para el trabajo asistencial y de divulgación dentro de la misión moral de la Sección Femenina (Morales, 2010), ya que las mujeres casadas ocupaban papeles secundarios o de colaboración. El modelo oficial impedía compatibilizar maternidad y funciones profesionales de plena dedicación (Noval, 2000).

En cuanto al origen geográfico, dos tercios de las enfermeras nacieron en la provincia de Valladolid, especialmente en la capital (23 de 35 mujeres nacieron en la provincia de Valladolid, de ellas 18 en la capital). El resto procedía de Burgos, Madrid y otras provincias, además de un caso registrado en Marruecos. El lugar de residencia principal fue Valladolid capital, su centralidad en la muestra refuerza el papel de la ciudad como lugar formativo y asistencial. Los estudios de Enfermería en Valladolid comenzaron en el curso de 1931-1932 y continuaron durante la Guerra Civil, adaptándose en 1941 al nuevo marco normativo franquista, lo que explica la rápida disponibilidad de enfermeras con titulación y el encaje de estas trayectorias en las redes sanitarias provinciales (Santo Tomás, 1997).

Respecto a la afiliación a la FET, la mayor parte de las enfermeras se inscribió en Valladolid. El año con más incorporaciones fue 1936, coincidiendo con el estallido de la Guerra Civil. Sólo dos mujeres declararon haber pertenecido previamente a partidos políticos como Acción Popular y Comunión Tradicionalista. Esto concuerda con la alta afiliación a la FET en la provincia de Valladolid (32 casos) y el aumento en 1936 (16 altas), en paralelo a la implantación del aparato falangista durante la Guerra Civil. Esto se refleja también en los formularios de "declaración jurada" - "Por Dios, por España y la revolución Nacional Sindicalista"- y el seguimiento de actuaciones desde julio de 1936 de los expedientes estudiados, que evidencian la muestra de lealtad y la vigilancia política en la acreditación profesional.

En relación con la formación sanitaria, 25 enfermeras poseían el título de la Facultad de Medicina de Valladolid - entre ellas tres puericultoras y una enfermera militar-, mientras que 10 contaban con el título de Dama Enfermera de la Cruz Roja. Este reparto evidencia la coexistencia de itinerarios formativos distintos en el ejercicio profesional de la enfermería de la época, en el que existió una formación

híbrida (técnica y moral) típica del primer franquismo (Salazar, 2010). Por un lado, se daban pasos hacia la tecnificación de los cuidados y por otro, persistía la obediencia y ética del sacrificio. Por lo que, la profesionalización de las tareas asistenciales en el franquismo no puede separarse de su politización por la Sección Femenina (Morales, 2010).

Los expedientes también recogían recompensas concedidas por servicios prestados durante la guerra: Medalla de Campaña, Cruz del Mérito Militar, Medalla de Constancia y otras distinciones relacionadas con tareas en retaguardia o acciones específicas. La Medalla de Campaña fue la más frecuente, se concedió a 10 enfermeras. En cuanto a los castigos, no se ha encontrado ningún tipo de registro en los expedientes analizados. El conjunto de recompensas encontradas en los expedientes (Medallas de Campaña, Cruz del Mérito Militar, título de excombatiente, Laureada de la Ciudad Universitaria) refuerza el marco bélico y de posguerra existente en el período de estudio. Se distinguen dos cuestiones relevantes, por un lado, el reconocimiento militar a las enfermeras y la ausencia de castigos en los expedientes.

Los servicios prestados muestran una gran variedad de destinos, desde hospitales militares y provinciales hasta laboratorios, departamentos de higiene, clínicas infantiles y servicios sociales de la Sección Femenina. Algunas enfermeras participaron en tareas de confección de ropa para el frente, preparación de vacunas o asistencia en centros militares.

Por último, se revisaron las solicitudes del carné de Dama Enfermera Española, un documento que acreditaba la pertenencia al cuerpo sanitario de Falange. Las fechas de solicitud y de pertenencia varían entre 1938 y 1947, aunque en 12 expedientes falta esta información.

Las anotaciones de servicio evidencian los distintos destinos de la enfermera del periodo: el Hospital Militar General, el Hospital Provincial de Valladolid, las salas de cirugía, la Academia de Caballería, los laboratorios para la preparación de vacunas, las clínicas militares (Cardenal Cisneros) y los auxilios logísticos como costurera. Estas funciones coinciden con la literatura encontrada que describe como las enfermeras fueron imprescindibles para distribuir alimentos, ropa y formación higiénica (especialmente a madres) y, en paralelo, constituyeron una fuente de transmisión del ideario nacionalcatólico (Morales, 2010).

La Sección Femenina desplegó una política de género que utilizaba a las mujeres como agentes interpuestas para moralizar, disciplinar y educar a otras mujeres y familias, integrando sanidad, educación, religión y familia con una finalidad de orden y estabilidad social (Morales, 2010) y que inevitablemente afectó a las enfermeras de la institución, símbolo de mujeres para el régimen.

Conclusiones

Los expedientes estudiados evidencian un perfil social y político-profesional homogéneo de enfermeras que encaja con el modelo femenino promovido por el régimen franquista: una mujer dedicada al cuidado, disciplinada y vinculada a la estructura ideológica del Estado. El perfil de las enfermeras de Sección Femenina de Valladolid fue el de mujeres jóvenes y solteras, con formación sanitaria y plenamente integradas en el partido único de la FET y de las JONS.

Referencias bibliográficas

- Archivo Histórico Provincial de Valladolid. Cajas 1024 y 1025
- Morales Villena, Amalia (2010). Género, mujeres, trabajo social y Sección Femenina. Historia de una profesión feminizada y con vocación feminista. Granada: Universidad de Granada.
- Noval Clemente, Mercedes (2000). La Sección Femenina en Murcia: educación, cultura e ideología (1939-1977). Universidad de Murcia. Director: Viñao Frago Antonio
- Giménez Muñoz, M. C. (2016). La instrucción de enfermeras como labor ideológica de la Sección Femenina (1939–1953). Arenal: Revista de Historia de las Mujeres, 23(2), 267–286. http://revistaseug.ugr.es/index.php/arenal/article/view/3047/5116
- González García, A. (2016). La Sección Femenina y las campañas de vacunación obligatoria contra la difteria en España en las páginas de La Vanguardia (1940–1955). Vínculos de Historia, 5, 309–329. https://www.vinculosdehistoria.com/index.php/vinculos/article/view/215/202
- Piérola Navarte, G. (2003, 13 y 15 de noviembre). Memoria e historia del franquismo. Actas del V Encuentro de Investigadores del Franquismo, Albacete, España. https://bibliotecaccoocyl.fundacionjesuspereda.es/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=b69b79389dd63758518cf4ff4c0dd270
- Salazar Agulló, Modesta (2010). Madres y enfermeras: el modelo de cuidados a la infancia en la colección «Al servicio de España y del niño español» (1938-1964). Revista Científica De Enfermería, (1). https://doi.org/10.14198/recien.2010.01.03
- Santo Tomás Pérez, Magdalena (1997). Enfermería fundamental. Masson.

A inserção de enfermeiras no exército braseileiro na Bahia (1992)

Gilberto Tadeu Reis da Silva, Valdenisia Tadeu Bispo Sanches, José Lúcio Costa Ramos, Jaqueline Jesus de Andrade Peixoto y Diana Lima dos Santos Lobo
UFBA

Introdução

Entre 1930 e 1945, período correspondente ao governo de Getúlio Vargas, o Brasil vivenciou profundas transformações políticas, econômicas e institucionais que culminaram com sua participação na Segunda Guerra Mundial. Esse conflito representou um marco para a organização dos serviços de saúde militares no país, particularmente para a Enfermagem, em razão da atuação de Enfermeiras vinculadas à Força Expedicionária Brasileira (FEB) (Bernardes, 2007; Roque, 2020).

A presença de 67 Enfermeiras designadas para hospitais de campanha da FEB e 06 para missões de evacuação aeromédica da Força Aérea Brasileira (FAB) constituiu um momento histórico para a participação feminina nas Forças Armadas, pois representou a primeira inserção formal de mulheres nas estruturas militares nacionais, ainda que em funções relacionadas à assistência em saúde (Bernardes et al., 2004). Contudo, essa inserção ocorreu em um ambiente institucional marcado por forte hierarquia e por uma cultura organizacional masculina, o que gerou desafios relacionados ao reconhecimento profissional, às condições de trabalho e ao status militar dessas mulheres (Oliveira et al., 2009; Exército Brasileiro, 2017).

Apesar da relevância de sua atuação durante os 239 dias de operações da FEB na Europa, a participação das Enfermeiras foi interrompida com a desmobilização da tropa ao final da guerra. Por meio do Aviso Ministerial n.º 217-185, de 6 de julho

de 1945, resultando também no desligamento dessas profissionais do serviço militar (Roque, 2020). Tal decisão produziu uma descontinuidade significativa na presença feminina no Exército Brasileiro por décadas (Oliveira & Santos, 2007; Carvalho et al., 2017).

Somente no final do século XX esse cenário começou a se modificar de forma mais consistente, com a criação do Quadro Complementar de Oficiais (QCO), que possibilitou o ingresso de profissionais no Exército de diversas áreas por meio de concurso público, incluindo a Enfermagem (CRMV-RJ, 2022). A institucionalização desse quadro representou um marco na ampliação da participação feminina nas Forças Armadas, ao incorporar profissionais com formação superior para atuação técnica e administrativa na instituição militar (Camargo, 2019; Carvalho, 2024).

Ainda assim, estudos apontam que a presença feminina nas Forças Armadas permanece atravessada por tensões relacionadas às relações de gênero, à divisão sexual do trabalho e aos processos de reconhecimento profissional em ambientes historicamente masculinizados (Carvalho, 2024). Nesse contexto, torna-se relevante compreender como se deu o processo de inserção das Enfermeiras no QCO, especialmente em experiências institucionais vinculadas ao processo formativo militar.

Diante disso, este estudo tem como objeto a inserção de Enfermeiras no Exército Brasileiro no estado da Bahia, a partir do concurso nacional para o QCO realizado em 1992. Assim, estabelece-se como questão norteadora: como ocorreu o processo de inserção e formação das Enfermeiras que ingressaram no serviço militar do Exército Brasileiro, no estado da Bahia, no ano de 1992?

Objetivo

Analisar o processo de inserção e de formação de Enfermeiras no Exército, do estado da Bahia, a partir do concurso nacional para o QCO, realizado em 1992.

Metodologia

Trata-se de um estudo histórico, de abordagem qualitativa, documental, orientado pela perspectiva da história social da Enfermagem, a qual possibilita compreender processos institucionais, práticas profissionais e relações sociais que

permeiam a construção histórica da profissão no interior das organizações militares (Cellard, 2008; Padilha, 2006).

A pesquisa fundamentou-se na análise de fontes documentais primárias e secundárias relacionadas ao processo de inserção e formação de Enfermeiras no Exército por meio do QCO. A utilização de documentos como fonte de investigação histórica permite examinar registros institucionais produzidos em determinado contexto social, possibilitando reconstruir processos históricos e institucionais a partir da interpretação crítica das evidências disponíveis (Barreira, 2012).

O recorte temporal do estudo corresponde ao ano de 1992, marco institucional que assinala o ingresso de Enfermeiras no Exército Brasileiro por meio do concurso para o QCO, configurando-se como momento histórico de reinserção feminina nas estruturas militares, após período prolongado de descontinuidade institucional decorrente da desmobilização da FEB ao final da Segunda Guerra Mundial.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2025 a março de 2026, por meio de levantamento documental em acervos institucionais vinculados à Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército, situada em Salvador, Bahia, Brasil.

Entre as fontes documentais primárias incluíram-se registros administrativos, editais e documentos oficiais relativos ao concurso para o QCO, relatórios institucionais referentes ao Curso de Formação de Oficiais, registros acadêmicos e administrativos das Enfermeiras incorporadas.

As fontes secundárias compreenderam literatura científica e historiográfica produzida sobre história da Enfermagem, Enfermagem Militar e inserção feminina nas Forças Armadas brasileiras, utilizadas com a finalidade de subsidiar a contextualização histórica e a interpretação crítica das evidências documentais (Burke, 2011).

Resultado e discussão

Apresentamos e discutimos os resultados do estudo ancorados pela história social da Enfermagem, emergindo três categorias que estão dispostas a seguir. Esses eixos permitem compreender tanto as dimensões institucionais do ingresso, formação e início da carreira dessas oficiais no contexto militar.

O concurso de 1992 e a inserção de Enfermeiras no Exército Brasileiro

A admissão para o QCO em 1992 ocorreu por meio de concurso público nacional regulamentado pela Lei nº 7.831, de 2 de outubro de 1989, que instituiu oficialmente o quadro. A divulgação do processo seletivo ocorreu por meio do Diário Oficial da União e de veículos de comunicação de grande circulação, como jornais e rádios, evidenciando o caráter público e nacional da seleção (Exército Brasileiro, 1992).

Entre os requisitos para candidatura, destacavam-se critérios comuns à carreira militar e exigências específicas direcionadas às mulheres, como a proibição de participação de candidatas grávidas ou com filhos nascidos há menos de seis meses. Tal exigência evidencia a presença de dispositivos institucionais que, ainda naquele período, regulavam a participação feminina a partir de parâmetros vinculados à maternidade e à disponibilidade física para o serviço militar.

A Portaria nº 004 do Departamento-Geral do Pessoal, de 2 de julho de 1991, estabeleceu 18 vagas para a especialidade de Enfermagem no Curso de Formação de Oficiais do Quadro Complementar. O curso seria realizado na Escola de Administração do Exército (EsAEx), sediada em Salvador, Bahia.

O concurso previa vagas para diversas áreas de formação superior, entre elas Enfermagem, totalizando 172 vagas, das quais 122 candidatos foram aprovados.

Em 20 de abril de 1992, ocorreu a incorporação dos alunos aprovados na EsAEx. Ao todo, 49 mulheres ingressaram na turma, provenientes de diferentes regiões do país, entre as quais 13 eram Enfermeiras (EsFCEX/CMS, 2017) A chegada dessas pioneiras marcou um momento simbólico na história institucional da escola e do próprio Exército Brasileiro, uma vez que representava a presença feminina em um ambiente masculino.

A incorporação dessas profissionais exigiu adaptações organizacionais no processo formativo. Nesse contexto, foi convidada uma oficial da Marinha do Brasil, com experiência em formação militar feminina, para atuar como orientadora da turma, auxiliando na adaptação das alunas ao ambiente da caserna e às exigências da carreira militar (Rodrigues, 2013).

A formação militar e profissional das Enfermeiras do QCO

O Curso de Formação do QCO de 1992 ocorreu entre 20 de abril e 13 de novembro de 1992, e foi estruturado em duas etapas: o Curso Básico de Formação Militar e o Curso de Formação Específica.

O primeiro período concentrou-se na formação militar básica, com o objetivo de adaptar os oficiais-alunos à cultura institucional do Exército. Nesse momento, as Enfermeiras passaram por processos de socialização militar que incluíam o aprendizado de normas disciplinares, hierarquia, uso do nome de guerra, história militar, informática e instruções militares diversas (Passos, 2013).

Esse processo de socialização é reconhecido na literatura como um mecanismo central de construção da identidade militar, pois envolve a internalização de valores institucionais como disciplina, lealdade e espírito de corpo.

No segundo período do curso, foi desenvolvido o componente técnico-profissional da formação. Nesse momento, a matriz curricular passou a enfatizar conteúdos específicos da Enfermagem, voltados à adaptação dos conhecimentos adquiridos na graduação às particularidades da prática profissional no contexto militar (Passos, 2013).

A coexistência de disciplinas militares e conteúdos técnicos da Enfermagem demonstra o esforço institucional de produzir uma identidade híbrida: ao mesmo tempo oficial do Exército e profissional de saúde.

Distribuição dos oficiais e início da carreira militar

Após a conclusão do curso, os oficiais-alunos foram classificados de acordo com o desempenho final. A distribuição das vagas nas organizações militares ocorreu conforme a ordem de classificação, permitindo que os primeiros colocados escolhessem as unidades de destino entre as vagas disponíveis.

Para as Enfermeiras formadas em 1992, as vagas foram distribuídas entre diferentes regiões do país, com predominância na região Sudeste. O extrato da distribuição indicou a seguinte alocação:

- Rio de Janeiro – 4 vagas
- São Paulo – 2 vagas

- Porto Alegre – 2 vagas
- Manaus – 1 vaga
- Curitiba – 1 vaga
- Brasília – 1 vaga
- Recife – 1 vaga
- Salvador – 1 vaga

Essa dispersão geográfica evidencia a estratégia institucional de alocar os novos oficiais em unidades consideradas prioritárias para o sistema de saúde do Exército.

Além disso, observa-se que muitas dessas profissionais, ainda jovens e com experiência profissional limitada, passaram rapidamente a ocupar posições de liderança ou coordenação em unidades militares, exigindo o desenvolvimento acelerado de competências gerenciais e decisórias.

Relatos das próprias participantes indicam que o apoio institucional e a convivência com militares mais experientes foram fatores importantes para a adaptação ao ambiente militar e para o exercício das funções atribuídas.

A inserção das enfermeiras no QCO do Exército Brasileiro em 1992 evidencia que a primeira turma feminina, denominada **"Maria Quitéria"**, representou um momento de inflexão na história institucional da força terrestre. A presença dessas profissionais contribuiu para a ampliação da participação feminina em uma organização historicamente marcada por forte tradição masculina, ao mesmo tempo em que impulsionou adaptações normativas, pedagógicas e organizacionais no processo de formação militar.

Considerações finais

A análise da inserção de Enfermeiras, a partir do concurso para o QCO em 1992, configurou-se como estratégia organizacional voltada à incorporação de profissionais com formação superior civil para o exercício de funções técnicas e administrativas, possibilitando a participação de Enfermeiras no Exército.

Os resultados indicam que o processo formativo desenvolvido no QCO articulou conteúdos militares e técnico-profissionais, promovendo a construção de uma identidade profissional que articula saberes da Enfermagem com os valores

institucionais da cultura militar, como disciplina e hierarquia. A inserção dessas profissionais nas organizações militares evidencia o papel estratégico da Enfermagem no sistema de saúde da força terrestre.

Conclui-se que a incorporação de Enfermeiras ao QCO representou um passo importante no processo de modernização das Forças Armadas e na ampliação da participação feminina em espaços institucionais tradicionalmente restritos. Ao recuperar esse percurso histórico, o estudo contribui para o campo da história da Enfermagem Militar, ao evidenciar como a formação, a organização institucional e as relações de gênero influenciam a construção das trajetórias profissionais no interior das Forças Armadas.

Referência

- Barreira, I. A. (2012). A história da enfermagem no Brasil: contribuições e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(3) 395-396.
- Bernardes, M. M. R. & Lopes, G. T. (2007). Enfermeiras do Exército Brasileiro no transporte aéreo de feridos: um desafio enfrentado na 2ª Guerra Mundial. Revista brasileira de enfermagem, 60(1), 68-72, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100012
- Bernardes, M. M. R., Lopes, G.T. & Santos, T. C. F. (2004). As enfermeiras na força expedicionária brasileira: a criação de um habitus militar na 2ª guerra mundial. Escola Anna Nery, 8(3), 370-377. https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v8n3a07.pdf
- Burke, P. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: UNESP; 2011.
- Camargo, W. (2019). Mulheres nas Forças Armadas: desenvolvimento histórico-jurídico da participação feminina na defesa nacional. Jus. https://jus.com.br/artigos/72414/mulheres-nas-forcas-armadas-desenvolviment-histórico-juridico-da-participacao-feminina-na-defesa-nacional
- Carvalho, F. C. (2024). Identidade e perspectivas da Enfermagem Militar Brasileira: uma análise historiográfica (1992-2020). [Tese de doutorado em Ciências da Saúde]. Repositório institucional Universidade Federal de São Paulo.
- Carvalho, F. C., Padilha, M. I., & Neves, V. R. (2022). The professional identity of military nursing: An integrative review. Ciência, Cuidado e Saúde, 21, e64779. https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.64779
- Carvalho, F. C., Padilha, M. I. & Costa, R. (2017). Memorias Reveladas: discursos de enfermeiras veteranas da Força Aérea Brasileira (1982-2015). Revista texto e contexto, 26(3), e2720016.
- Cellard A. (2008) A análise documental. Em: Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A. P. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes.
- Conselho Regional De Medicina Veterinária Do Rio De Janeiro (2022, 29 de abril). Inserção da mulher no exército brasileiro completa 30 anos. https://www.crmvrj.org.br/2022/04/insercao-da-mulher-no-exercito-brasileiro-completa-30-anos/
- Escola de Formação Complementar do Exército & Colégio Militar de Salvador. (2017). Edição histórica: EsFCEx/CMS. Exército Brasileiro.

- Exército Brasileiro. (1992). Regulamento do Quadro Complementar de Oficiais do Exército. Escola de Formação Complementar do Exército. Documento Interno.
- Exército Brasileiro. (2017). Escola de Saúde do Exército. http://www.essex.eb.mil.br/.
- Le Goff, J. História e memória. Campinas: Editora Unicamp; 2003.
- Lei nº 7.831, de 2 de outubro de 1989. (1989). Cria o Quadro Complementar de Oficiais do Exército (QCO), e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l7831.htm
- Oliveira, A. B. (2007). Signos do esquecimento: os efeitos simbólicos da participação das enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira na Segunda Guerra Mundial (1943-1945). [Dissertação de Mestrado em Enfermagem], Repositório da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Oliveira, A. B., Santos, T. C. F., Barreira, I. A., Lopes, G. T., Almeida Filho, A. J. & Amorim, W. M. (2009). Enfermeiras brasileiras na retaguarda da Segunda Guerra Mundial: repercussões dessa participação. Texto & contexto - Enfermagem, 18(4), 688-696.
- Padilha, M. I., Borenstein, M. S. (2006). História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, 10(3), 532-538.
- Passos, C. C. (2013). Relações de gênero na caserna: Significados dos sujeitos militares no Exército Brasileiro (Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia)
- Rodrigues, A. C. R. (2013). A inserção de mulheres em escolas militares de formação de oficiais do Exército Brasileiro. [Tese de doutorado, Universidade Federal do Paraná]. Acervo Digital da UFPR.
- Roque, D. M. (2020). Aquelas Mulheres de Fardas: As Enfermeiras da FEB. Em Carvalho, F. C. & Silva, G. G. S. (Orgs), História da enfermagem: Instituições, trajetórias e práticas de cuidado (pp. 145-160).

Conferencias y ponencias

9

Género, poder y deconstrucción del cuidado



Enfermeras y construcción institucional de la diferencia de género en los hospitales sevillanos de 1592

Manuel Ángel Calvo Calvo[1], María Méndez Ignacio[2], Fernando Calvo Cuesta[3] e Inmaculada Cuesta López[4]

1 Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

2 Hospital Quirónsalud Clideba. Badajoz.

3 Hospital FREMAP Sevilla.

4 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

Uno de los posibles enfoques para investigar el pasado de la Enfermería es a través del conocimiento del régimen jurídico y condiciones laborales de las enfermeras y enfermeros que ejercían en hospitales en épocas pasadas, a través del análisis de los «Estatutos y Constituciones» que regían dichos hospitales (Calvo, 1997; Calvo, 2001).

A este respecto, sabemos que, en los hospitales del siglo XVI, junto a enfermeros, existían enfermeras y sirvientas de hospital cuyo rol quedó institucionalmente diferenciado en función del género a lo que se suma que estas instituciones y sus reglas reforzaban desigualdades de género y limitaban el papel de la mujer dentro del ámbito hospitalario (Bautista et al., 2026), por lo que en las estructuras hospitalarias también se da una total reproducción de las desigualdades de género del momento.

Igualmente, entre los siglos XVI y XVII, los cuidados hospitalarios se institucio-

nalizan y los reglamentos y constituciones de los hospitales definían los roles de quienes allí trabajaban y revelan cómo la práctica del cuidado —atribuida culturalmente a las mujeres— quedó subsumida en estructuras administradas por varones, lo que consolidó su subordinación profesional, y cómo la «técnica» -dominio masculino- y el «cuidado» -atribución femenina- se separaron simbólicamente en la reforma hospitalaria de la época, consolidando así la diferencia de género dentro de las instituciones (Calero Marín de Villodres, 2021).

En consonancia con lo anterior, se propone en este trabajo realizar el análisis histórico de un texto normativo de la autoridad responsable del sistema de hospitalidad pública de Sevilla, a finales del siglo XVI, con el objeto de conocer y comprender cómo se articulaban las prácticas de administración, regulación y desigualdad de género en las enfermeras del Antiguo Régimen.

La metodología usada fue la propia de la investigación histórica, donde los datos obtenidos en las fuentes identificadas y seleccionadas, a través de pertinentes búsquedas documentales y bibliográficas, posteriormente fueron interpretados, relacionando dichos datos a su vez con la actividad de cuidar.

Concretamente, se aportaron como fuentes históricas directas, los Estatutos y Constituciones de 1590 del Hospital del Espíritu Santo, de Sevilla, (HESS) y dos documentos añadidos a estas Constituciones: la relación de salarios que se pagaba al personal de dicho hospital, de 11 de octubre de 1591 y una certificación de 13 de mayo de 1592, del bachiller y presbítero, D. Pedro Ruiz de Cabra, administrador del HESS, dirigida al Cardenal de Sevilla D. Rodrigo de Castro, estando todos esos documentos localizados en el Archivo de la Diputación de Sevilla.

Estas fuentes históricas fueron analizadas, confirmándose mediante su crítica externa la autenticidad de dichos documentos al establecerse sus respectivas fechas de creación y la ciudad de Sevilla como de lugar origen. También se estableció que la autoría de los Estatutos y Constituciones correspondía al Cardenal D. Rodrigo de Castro, Arzobispo de Sevilla en ese momento y los dos restantes al entonces administrador del HESS, y por sus respectivos contenidos se estableció la fiabilidad de los datos en relación a las fechas de los documentos, el tipo de escritura y el origen del papel. Mediante la crítica interna de dichos «Estatutos y Constituciones», confirmamos la fiabilidad de los informantes, el cardenal D. Rodrigo de Castro y el

administrador del HESS, dado que, por sus posiciones y nivel social, así como por sus intenciones y capacidades, pueden considerarse fuentes plenamente fiables. Finalmente, mediante la crítica de adecuación consideramos que, por la información que precisábamos para realizar la presente investigación, las fuentes consultadas se ajustaban o adecuaban al tema objeto de investigación.

Desarrollo

El HESS se creó en Sevilla como consecuencia directa del proceso de Reducción de Hospitales llevada a cabo por el Cardenal D. Rodrigo de Castro, en 1586, quien lo dotó de «Constituciones», el 26 de abril de 1590, lo que supuso un nuevo modelo de administración hospitalaria y que como máxima autoridad del sistema benéfico extendió al resto de hospitales sevillanos. Este HESS se fundó con los bienes y rentas de treinta y siete hospitales de Sevilla suprimidos por su mal estado, eligiendo dicha autoridad eclesiástica como sede para este nuevo hospital, el entonces denominado «antiquísimo Hospital de Santa Catalina de los Desamparados», situado entre las calles «de Colcheros», actual calle Tetuán, de Sevilla; y con la función de curar a mujeres y hombres afectados de sífilis y enfermedades incurables, e igualmente, por dichas Constituciones, sabemos que el equipo asistencial del HESS estuvo formado por el médico, cirujano, barbero, boticario, enfermero y enfermera mayor, y enfermeros y enfermeras menores (Calvo, 1997; Calvo, 2001).

En la certificación de 13 de mayo de 1592, añadida posteriormente a las Constituciones del HESS, expedida por Pedro Ruiz de Cabra, administrador del HESS, y dirigida a D. Rodrigo de Castro, responsable del sistema asistencial de Sevilla, se relacionan las mujeres que desempeñaban «oficios» y tareas en este hospital, sus salarios y responsabilidades, destacando que «la enfermera maior que tiene cuidado de hacer todo lo que manda el medico para las enfermas y les da la comida y las unta y venda y tresquila y hace que las enfermera menores hagan las camas y barran y hagan lo demas que son obligadas y gana cada mes diez y seis Reales» y que «las enfermeras menores que le ayudan (a la enfermera mayor) gana cada una onze reales». Consta también que a las enfermeras no se les pagaba salario en especie o ración, a diferencia de lo que ocurría con los enfermeros masculinos, con salario superior al de las enfermeras, a los cuales sí se les pagaba salario en

especie o ración: «al enfermero mayor dos ducados en reales cada mes…una libra de carnero un pan una açumbre de vino».

También, en el documento añadido a las Constituciones del HESS, de 13 de mayo de 1592, el administrador de dicho hospital solicitaba expresamente al cardenal D. Rodrigo de Castro que se mantuvieran esas diferencias salariales entre enfermeras y enfermeros, pues expone que a las «mugeres no se les de Racion como a los hombres porque el hospital en esto aorra y se quitan ynconbenientes que ansi se a echo hasta aqui ba bien con ello si no que se les probea...comida...conforme al parecer de la madre mayor».

Estas diferencias salariales entre enfermeras y enfermeros del HESS, en gran medida eran debidas a la división sexual del trabajo, propia del Antiguo Régimen y que conllevaba la devaluación económica de las ocupaciones feminizadas, consideradas menos cualificadas y, por tanto, peor retribuidas (Wiesner-Hanks, 2021, cap. 4 y 5).

Además, en las diferencias retributivas y de tareas, que en el Antiguo Régimen se mantienen entre enfermeras y enfermeros, prima la diferencia de género y sigue pesando la sociedad en la que se insertan, profundamente jerárquica y patriarcal, basada en la desigualdad legal y social, donde las mujeres eran consideradas jurídicamente dependientes del padre o marido, por lo que el salario masculino se concebía como el salario del «cabeza de familia» y sustentador de la familia, y el salario femenino, como una ayuda secundaria (Huemann & Zucca Micheletto, 2020). Igualmente, a las enfermeras del HESS, dado que no se les pagaba salario en especie mensual como a los enfermeros, aunque a cambio se les podía facilitar la comida diaria, pero siempre discrecionalmente «conforme al parecer de la madre mayor», es decir, de la superior jerárquica de las enfermeras, por lo que el pago en especie al ser discrecional no era un beneficio, sino un mecanismo de control económico y social del empleador sobre las enfermeras (Sarti, 2022), lo que legitimaba una remuneración inferior incluso cuando los roles y tareas fuesen las mismas o comparables (Humphries & Weisdorf, 2019; Stephenson, 2018).

En definitiva, cuando a las enfermeras se le niega el pago en especie por el empleador y se le reconoce que puede recibir la comida pero a voluntad de su inmediata superior, esto se vincula a una medida de ahorro económico, pero también

a una relación de dependencia personal, jerárquica y de control social, más que a un reconocimiento salarial pleno (Sarti, 2022; Sarasúa, 2017), seguramente porque eran consideradas como el colectivo inferior al masculino y potencialmente conflictivo, separándolas en espacios, dietas y normas específicas, además de evidenciar la continuidad de prácticas asistenciales medievales, como la idea galénica de que las mujeres requerían menos alimentos que el hombre o que no eran el sustento principal de la familia sino solo un apoyo.

En consecuencia, por todo lo anterior, el HESS, hospital modelo cuyo régimen administrativo se extienden al resto de hospitales sevillanos tras la reforma de 1586, es ejemplo de cómo en el Antiguo Régimen, el espacio hospitalario se convierte en un lugar de regulación y diferenciación para enfermeras y enfermeros en función del género, reflejando estas prácticas en conjunto, un sistema económico y social profundamente patriarcal, controlador y regulador, en el que la remuneración del trabajo estaba estrechamente ligada al género y al estatus familiar.

Conclusiones

El Hospital del Espíritu Santo de Sevilla ejemplifica cómo en los hospitales sevillanos del Antiguo Régimen se articulaba la desigualdad de forma oficial y naturalizada, que la administración hospitalaria institucionalizaba la discriminación y desigualdades de género, como un mecanismo de gestión económica y moral, basándose en un enfoque económico prioritario, pues las dificultades económicas de los hospitales llevaban a limitar las raciones de las enfermeras y otras empleadas, consideradas como el colectivo más delicado o potencialmente conflictivo, separándolas en espacios, dietas y normas específicas, pero también como mecanismo de control jerárquico y social del empleador, además de evidenciar la continuidad de prácticas asistenciales medievales, la idea galénica de que las mujeres requerían menos alimentos y porque no se las consideraba el sustento principal de la familia.

Como línea futura de investigación surge la comparación de la desigualdad institucionalizada del Hospital del Espíritu Santo con otros hospitales sevillanos, andaluces o peninsulares.

Referencias bibliográficas

- Bautista, S., Martel Gallegos, M., & García Rangel, M. (2026). Cuidar como oficio y como profesión: La historia social de la enfermería. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, 27(1). https://www.revista.unam.mx/2026v27n1/cuidar_como_oficio_y_como_profesion_la_historia_social_de_la_enfermeria/
- Calero Marín de Villodres, P. (2021). La historia de la enfermería en sus documentos. Index de Enfermería, 30(3), 279. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200028
- Calvo, M. Á. (1997). El equipo cuidador del Hospital del Espíritu Santo de Sevilla, a finales del siglo XVI [Trabajo académico]. Universidad de Sevilla. https://idus.us.es/items/08bfd346-5bdb-4b3e-a381-8e044348f430
- Calvo, M. Á. (2001). Aspectos socio-laborales de los enfermeros del Hospital del Espíritu Santo de Sevilla, a finales del siglo XVI. Híades: Revista de Historia de la Enfermería, 8, 355–380.
- Huemann, F., & Zucca Micheletto, B. (Eds.). (2020). Wages and the cost of living in Europe, 14th–19th centuries. Brepols.
- Humphries, J., & Weisdorf, J. (2019). The wages of women in preindustrial Europe. The Journal of Economic History, 79(2), 405–447. https://doi.org/10.1017/S0022050719000101
- Sarasúa, C. (2017). Domestic service and gender relations in early modern Spain. Social History, 42(3), 367–385. https://doi.org/10.1080/03071022.2017.1310490
- Sarti, R. (2022). Servants, domestic workers and gender inequality in Europe. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97185-9
- Stephenson, J. Z. (2018). The female labour market in early modern England. The Economic History Review, 71(1), 1–25. https://doi.org/10.1111/ehr.12546
- Wiesner-Hanks, M. (2021). Gender in history: Global perspectives (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Mujeres de élite y humanitarismo. Género, poder y cuidado (1861-1902)

J Carlos García-Reyes
Universidad Complutense.
juancgar@ucm.es

Introducción

Durante la segunda mitad del siglo XIX se produjo una profunda transformación en las formas de organización del cuidado en contextos de guerra y crisis humanitaria en Occidente. Con especial atención, entre 1861 y 1902, los conflictos armados de gran escala —desde la Guerra Civil estadounidense hasta el final de la Segunda Guerra Boer— impulsaron la consolidación del movimiento humanitario moderno. La emergencia del movimiento humanitario moderno, articulado en torno al surgimiento de las sociedades de la Cruz Roja desde 1863 generó nuevos espacios de intervención social que permitieron la participación activa de mujeres en el ámbito público (Hutchinson 1996).

La historiografía tradicional ha interpretado esta presencia femenina en estas iniciativas como una extensión natural del rol doméstico, vinculado a supuestas cualidades innatas de compasión, abnegación y cuidado, reforzando una visión esencialista del género (Dudink et al., 2020). Sin embargo, investigaciones recientes han cuestionado esta interpretación al mostrar que la participación femenina en organizaciones humanitarias constituyó también una forma de intervención política y social que permitió a muchas mujeres negociar su posición dentro de estructu-

ras de poder dominadas por hombres (Quataert, 2018; Martín-Moruno et al., 2020; Martín-Moruno, 2020). Mujeres como Florence Nightingale (1820-1910), Clara Barton (1821-1912) o Emily Hobhouse (1860-1926) desarrollaron formas de liderazgo que combinaban autoridad moral, capacidad organizativa y habilidad política (Hogan, 2021; Moser Jones 2018; Gill & Muller, 2018).

En particular, mujeres de la realeza, la aristocracia o la alta burguesía occidental utilizaron su posición social, acceso a redes políticas y capacidad para movilizar recursos económicos y simbólicos. Su implicación legitimó el movimiento humanitario ante la opinión pública y facilitó la creación de infraestructuras de asistencia, hospitales y programas de formación en enfermería (Summers, 1988; Davidova, 2022). En ocasiones esta filantropía femenina se articuló en torno a sociedades de socorro que combinaban objetivos humanitarios con discursos patrióticos y religiosos (Dromi, 2016; Dromi 2022; Belliard, 2022; de Lavergnée, 2023).

El objetivo de este trabajo[81] es analizar el papel de las mujeres de élite en el desarrollo del humanitarismo entre 1861 y 1902, prestando especial atención a las estrategias mediante las cuales utilizaron su posición social para intervenir en el ámbito del cuidado.

La investigación se basa en un estudio historiográfico que combina el análisis de fuentes primarias y secundarias. El enfoque metodológico adoptado es comparativo y transnacional.

Desarrollo

Mujeres de élite como intermediarias humanitarias

Las sociedades de la Cruz Roja fueron uno de los principales vehículos institucionales para la organización de las actividades de socorro a heridos y poblaciones por las guerras de la segunda mitad del siglo XIX.

Dentro de estas estructuras, las mujeres de élite desempeñaron un papel crucial como intermediarias entre distintos ámbitos de poder. Un ejemplo significativo de este fenómeno se observa en la Guerra Civil estadounidense (1861-1865), donde

81. La investigación para este artículo ha sido posible gracias a la financiación del proyecto CRISHUMED: Crisis humanitarias, medicina y salud en tiempo de guerra y posguerra (1868-1956). Prácticas, experiencias, tecnologías, memorias (PID2024-156353NB-I00), por parte de la Agencia Estatal de Investigación de España.

numerosas mujeres de clase alta participaron en la organización de hospitales, comités de socorro y campañas de recaudación de fondos (Ross, 1993; Massey, 1994; Brill, 2019; Harper 2004).

Estas actividades respondían a motivaciones filantrópicas a la par que a estrategias de legitimación política. En sociedades donde las clases altas buscaban reforzar su imagen pública, el patrocinio de iniciativas humanitarias permitía proyectar una imagen de proximidad y preocupación por el bienestar de la población. De este modo, el cuidado se convirtió en un recurso simbólico que podía ser utilizado para consolidar relaciones de poder.

Discursos de género y legitimación del cuidado

A pesar de estas transformaciones, la participación femenina en el movimiento humanitario estuvo marcada por una profunda ambivalencia. Por un lado, las iniciativas impulsadas por mujeres de élite contribuyeron a ampliar los espacios de actuación pública disponibles para las mujeres. Por otro, estas actividades se legitimaron frecuentemente mediante discursos que reforzaban las normas tradicionales de género.

Uno de los argumentos más recurrentes consistía en presentar el cuidado como una extensión de la naturaleza moral femenina, poseedoras de una capacidad especial para la compasión y la empatía que las hacía particularmente adecuadas para tareas de asistencia sanitaria y ayuda humanitaria (Gill 2012; Gill, 2016). Este discurso justificó su presencia en espacios públicos sin cuestionar abiertamente la división tradicional entre lo masculino y lo femenino.

Algunas figuras destacadas del humanitarismo femenino como Florence Nightingale apelaban a la vez a valores tradicionales con la reivindicación de una mayor autonomía para las mujeres. Aunque su discurso público enfatizaba frecuentemente el carácter moral y vocacional de la enfermería, su actividad práctica implicó una profunda transformación de la organización sanitaria y de la formación profesional de las enfermeras (Hogan, 2022). De igual modo, en España, la figura de Concepción Arenal (1820-1893) participó activamente en la reflexión pública sobre el papel de las mujeres en las sociedades de socorro durante la década de 1870, particularmente en relación con la asistencia prestada durante la Segunda Guerra Carlista

(1872-1876). Sus escritos sobre la labor femenina en los comités de ayuda y hospitales de campaña no sólo describían la actividad desarrollada por las voluntarias, sino que también elaboraban un marco moral que justificaba su presencia en el ámbito humanitario (Arrizabalaga, 2019; Arrizabalaga, 2020). Esta retórica de la compasión ocultaba una realidad más compleja. Sus narrativas sobre la actuación de las mujeres mostraban cómo estas voluntarias desempeñaban funciones fundamentales en la gestión de recursos, la organización de hospitales y la atención a los heridos de guerra, participando activamente en estructuras de asistencia que trascendían el ámbito doméstico (Arrizabalaga & Larraz, 2010).

Conclusiones

El análisis de la participación de mujeres de élite en el movimiento humanitario entre 1861 y 1902 permite reconsiderar el proceso de institucionalización del cuidado desde una perspectiva de género. Lejos de limitarse a reproducir roles tradicionales, estas mujeres utilizaron su posición social para intervenir activamente en la organización de la asistencia sanitaria y en la creación de redes humanitarias de alcance internacional.

Su acción contribuyó a trasladar el cuidado desde el ámbito doméstico hacia el espacio público e institucional, favoreciendo el desarrollo de estructuras que posteriormente serían fundamentales para la profesionalización de la enfermería. Al mismo tiempo, este proceso estuvo marcado por una tensión constante entre la reproducción de discursos tradicionales de género y la apertura de nuevas formas de participación femenina en la vida pública.

Futuras líneas de investigación podrían profundizar en el análisis comparativo de estas redes, explorando con mayor detalle las conexiones transnacionales entre organizaciones humanitarias y los intercambios de modelos de formación en enfermería. Asimismo, sería pertinente examinar con mayor atención el papel de las mujeres en contextos coloniales, donde las dinámicas de género se entrelazaron con jerarquías raciales y políticas imperiales.

Referencias bibliográficas

- Arrizabalaga, J., y Larraz, P. (2010). Humanitarianism, war medicine and propaganda: The Carlist association La Caridad, 1873–1876. En P. León (Coord.), Health institutions at the origin of the welfare systems in Europe (pp. 77–109).
- Arrizabalaga, J. (2019). El lenguaje de las emociones en las narrativas humanitarias durante la segunda guerra carlista (1872–1876). Revista de Lexicografía, XXV, 115–129.
- Arrizabalaga, J. (2020). The "merciful and loving sex": Concepción Arenal's narratives on Spanish Red Cross women's war relief work in the 1870s. Medicine, Conflict and Survival, 36(1), 41–60.
- Belliard, C. M. (2022). Femmes des sociétés de Croix-Rouge françaises aux expositions universelles ou internationales (1867-1937). Les Temps du Social, 3-12.
- Brill, K. (2019). Britain in the American Civil War: Gender, Humanitarianism and Confederate Recognition (1861–65). En: Sandy, L.R. & Molloy, M.S. The Civil War and Slavery Reconsidered (pp. 37-52). Routledge.
- Davidova, E. (2022). Monarchism with a Human Face: Balkan Queens and the Social Politics of Nursing in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries. Comparative Studies in Society and History, 64(3), 788–819.
- Dromi, S. M. (2016). For good and country: Nationalism and the diffusion of humanitarianism in the late nineteenth century. The Sociological Review, 64(2_suppl), 79–97.
- Dromi, S. M. (2022). Donor identity, morality, and nonprofit organizations: soliciting donations and recruiting volunteers for the Red Cross, 1863–1919. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 51(5), 1010–1030.
- Dudink, S. P., Hagemann, K., & Honeck, M. (2020). War and gender: Nineteenth-century wars of nations and empires. En K. Hagemann, S. Dudink & S. O. Rose (Eds.), The Oxford handbook of gender, war, and the Western world since 1600 (pp. 227–258). Oxford University Press.
- Gill, R. (2012). Networks of concern, boundaries of compassion: British relief in the South African War. The Journal of Imperial and Commonwealth History, 40(5), 827–844.
- Gill, R. (2016). Calculating compassion: Humanity and relief in war, Britain 1870–1914. Manchester University Press.

- Gill, R., & Muller, C. (2018). The limits of agency: Emily Hobhouse's international activism and the politics of suffering. Safundi, 19(1), 16–35.
- Harper, J. E. (2004). Women during the Civil War: An encyclopedia. Routledge.
- Hogan, S. (2021). Florence Nightingale (1820–1910): What does history say about her feminism? Journal of Gender Studies, 30(8), 915–926.
- Hogan, S. (2022). Florence Nightingale, the Colossus: Was she a feminist? Journal of International Women's Studies, 23(1), 84–97.
- Hutchinson, J. F. (1996). Champions of charity: War and the rise of the Red Cross. Westview Press.
- de Lavergnée, M. B. (2023). Charité sans frontières: Les religieuses, les soins et l'aide humanitaire (1850-1920). Le mouvement social, 282(1), 35-60.
- Massey, M. E. (1994). Women in the civil war. University of Nebraska Press.
- Martín-Moruno, D. (2020). A female genealogy of humanitarian action: compassion as a practice in the work of Josephine Butler, Florence Nightingale and Sarah Monod. Medicine, Conflict and Survival, 36(1), 19–40.
- Martín-Moruno, D., Edgar, B. L., & Leyder, M. (2020). Feminist perspectives on the history of humanitarian relief (1870–1945). Medicine, Conflict and Survival, 36(1), 2–18.
- Moser Jones, M. (2011). Race, class and gender disparities in Clara Barton's late nineteenth-century disaster relief. Environment and History, 17(1), 107–131.
- Quataert, J. H. (2018). A New Look at International Law: Gendering the Practices of Humanitarian Medicine in Europe's" Small Wars," 1879–1907. Human Rights Quarterly, 40(3), (pp. 547-569(.
- Ross, K. R. (1993). " Women are needed here": Northern Protestant women as nurses during the Civil War, 1861-1865. Ph.D. Dissertation, Columbia University.
- Summers, A. (1988). Angels and citizens: British women as military nurses 1854–1914. Routledge.

Enfermeras quirúrgicas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: historia desde el género

Neus Buil[1] y Paola Galbany-Estragués[2]

1 Nursing Department, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Nursing Care Research, Institut de Recerca (IR SANT PAU). Programa de doctorado en Curas Integrales y Servicios de Salud. Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña (UVic-UCC).

2 Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica, Facultad de Enfermería, Universitat de Barcelona. Grupo FEBE. Asociación FEBE de Historia de la Enfermería de Catalunya, Islas Baleares, Andorra y otros territorios de lengua catalana. Grupo de Investigación GENI. Research Group in Gender, Identity and Diversity, University of Barcelona.

Introducción

En 1966, se inició la profesionalización enfermera en los quirófanos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), impulsada por Adela Simón, su primera directora enfermera. En la etapa previa, unas Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) instrumentaban al servicio de cirujanos de prestigio, con quienes operaban en las clínicas privadas, y unas jóvenes sin titulación coordinaban las intervenciones, supervisadas por una religiosa. Los cirujanos, todos hombres, tenían autoridad plena sobre la intervención y las instrumentistas, mujeres, se encargaban de asistirlos y de preparar el instrumental según sus indicaciones (Vila, 2013).

En 1967, se inició en la Escuela del HSCSP un curso de quirofanistas, para formar a las ATS en el entorno quirúrgico (Canals, 2003), que permitió la sustitución del personal auxiliar y de las instrumentistas, y del relevo de la religiosa por una

supervisora. El cambio fue paulatino, porque se necesitaba suficiente personal formado bajo el mismo criterio y porque la adaptación de los cirujanos no resultó un proceso fácil, dado que estaban acostumbrados a que sus instrumentistas también actuaran como secretarias.

A finales de los años sesenta, en el contexto del franquismo, la profesionalización de las enfermeras de quirófano introdujo nuevos perfiles formativos, pero también conllevó enfrontamientos por las relaciones de poder y por la desigualdad de géneros. En una carta del 1968, el jefe de las Urgencias del HSCSP definía a la enfermera de quirófano como "una joven (...) tímida y torpe" en la que "lentamente, progresivamente, su técnica mejora y se perfecciona" y en la que ve "una repetición de su propio yo, en tono menor (...) modesta auxiliar del cirujano (...) en la que recaen públicamente sus errores en un humano gesto de mal humor", y que actua con "callada aceptación sin el menor reparo, sin el menor comentario a la aparentemente injusta y despótica disposición".

El inicio del proceso se enmarcó en un contexto social de discriminación hacia las mujeres, impuesto por la represión franquista, que las obligaba a asumir la responsabilidad del trabajo doméstico (Nash, 2014). La ley de 1961, en la que se reconocieron a las mujeres los mismos derechos de los que ya disponían los hombres para el ejercicio de actividades profesionales y de trabajo, les ofreció algunas opciones profesionales, entre las que la enfermería se consideró una oferta válida, porque suponía replicar el cuidado que se dispensaba en la família, a los enfermos y necesitados fuera de ella (Nash, 2010).

En cuanto a la formación ATS, también había diferencias en función del género. Las mujeres estudiaban en régimen de internado y estaban obligadas a realizar un Servicio Social obligatorio, donde recibían clases de labores del hogar, impartidas por la Sección Femenina (SF) de la Falange Española, la única organización de mujeres reconocida durante el franquismo, mientras que los hombres no debían cumplir con el internado y optaban a clases de anatomía patológica (Ramió et al., 2018).

Objetivo

Analizar las experiencias profesionales de las primeras enfermeras de quirófano del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau desde una perspectiva de género.

Metodología

Investigación cualitativa histórica, desde el enfoque de un paradigma constructivista (Zarco et al., 2019), que utiliza el método de la historia oral a partir de entrevistas semiestructuradas (Bernal & Corbalán, 2008).

El ámbito de estudio se sitúa en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, y cronológicamente abarca desde 1966, etapa de inicio de la profesionalización enfermera en el HSCSP, hasta el 2009, cuando entra el funcionamiento el bloque quirúrgico en el nuevo HSCSP.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CER, en sus siglas en catalán) de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) (12/12/2020) y las participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria. También consintieron mostrar su nombre.

Se llevaron a cabo dos tipos de muestreo: uno intencional, para conseguir la máxima representatividad posible y otro en bola de nieve, para acceder a informantes clave. El número final de participantes fue de 31, momento en el que se superó la saturación teórica.

Las entrevistas se registraron con una grabadora convencional y se transcribieron de forma manual. Se utilizó un diario de campo como fuente observacional. También se revisaron fuentes documentales y bibliográficas. Se analizaron las entrevistas con el programa informático Atlas ti, a partir del que se generaron códigos y grupos de códigos, que permitieron un análisis temático.

Resultados

En los quirófanos del HSCSP, la sustitución de las instrumentistas particulares por ATS quirofanistas encontró la resistencia de los cirujanos más veteranos, que se opusieron al cambio. En el contexto quirúrgico, la división de roles según el género imponía una jerarquía en la que la autoridad estaba en manos de los médicos, mientras que las enfermeras asumían un rol de colaboración. En ocasiones, en el quirófano emergían actitudes hostiles por parte de algunos cirujanos hacia las enfermeras, como gritos o lanzamiento de instrumental, a las que ellas reaccionaban

con el silencio o con lloros. Agunas lamentan no encontrar el apoyo que esperaban de sus compañeras veteranas. Estas actitudes, tanto la violencia de unos, como el silencio de las otras, aumentaban las desigualdades entre unos cirujanos que gozaban de prestigio y unas jóvenes ATS a las que no les fue fácil abrirse camino en el complejo mundo quirúrgico.

La vestimenta también marcó la diferencia entre los profesionales. Las faldas y las medias blancas señalaban el rol femenino de una profesión en la que el cuidado a los enfermos replicaba el cuidado de la familia, que recaía exclusivamente en las mujeres. Algunas de las participantes recuerdan con sorpresa que en la entrevista de admisión al hospital se les preguntara si tenían novio. En la última etapa profesional, alguna enfermera lamenta invisibilidad ante los ojos de algunos cirujanos que, según su testimonio, preferían trabajar con enfermeras jóvenes, aunque fueran inexpertas profesionalmente.

Discusión

El proceso de procesionalización enfermera en los quirófanos del HSCSP introdujo nuevos perfiles profesionales, pero también evidenció relaciones de poder, acentuadas por la división sexual del trabajo, entre el colectivo médico, de hombres, y el enfermero, de mujeres. Según Mary Nash (2010), desde sus inicios, la profesión enfermera ha estado altamente feminizada porque en el contexto franquista se pensó como una de las formas más dignas de la actividad de las mujeres, a las que se les atribuía una vinculación natural al cuidado, lo que para Carrasco et al. (2011) es una forma de enmascarar los conocimientos técnicos que precisan estas profesionales.

Todo y que el motor de cambio tuvo como base la nueva formación de quirofanista y las profesionales fueron adquiriendo conocimiento y lucharon por su autornomía profesional (Canals, 2003), la fuerte jerarquía impuesta en el contexto quirúrgico, dominado por cirujanos de prestigio, dificultó la visibilidad de las enfermeras, que en muchas ocasiones reaccionaron con silencio ante situaciones de violencia, como los gritos y los lanzamientos de instrumental, que simbolizaban el dominio del cirujano sobre el resto de los profesionales y buscaban perpetuar la subordinación de las enfermeras, más aún por su condición de mujeres (Vila, 2013).

Los uniformes de quirófano, que para las enfermeras consistían en faldas y medias blancas, porque llevar pantalones significaba perder la feminidad (Nash, 2007), remarcaban la división del género en la vestimenta, y reforzaban la apariencia que se esperaba de las profesionales, y que también se asociaba a la actitud que debían tener.

Conclusiones

En los quirófanos del HSCSP se reprodujeron las desigualdades de género que imperaban en la sociedad, y que estaban asentadas en el contexto de la dictadura franquista, en el que la mujer no contaba con los mismos derechos que el hombre, y se esperaba que fuera sumisa.

Las primeras ATS de los quirófanos del HSCSP rompierom esquemas y lucharon por un espacio profesional en un entorno hostil como es el quirúrgico, en medio de una violencia normalizada en el imaginario colectivo.

Metodológicamente, la historia oral permite acceder a testimonios y a unos relatos profesionales que de otra manera se perderían en el olvido.

Referencias bibliográficas

- Artigas, V. (1968). Editorial: La enfermera en la perspectiva del cirujano. Anales HSCSP. Archivo histórico Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- Bernal, M.D., & Corbalán, J. (2008). Eines per a treballs de memòria oral (1a ed.). Col·lecció Eines de Memòria, 2.
- Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T. (2011) El trabajo de cuidado. Historia, teoría y políticas. Colección Economía crítica y ecologisme social. Los libros de la cataracta.
- Canals Cadafalch, M. (2003). La formació de la infermera quirúrgica a Catalunya. Tesi Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Nash, M. (2007). Dones en transició. Ajuntament de Barcelona.
- Nash, M. (2010). Mujeres en el mundo (3a ed.). Alianza.
- Nash, M. (2014). Feminidades y masculinidades. Arquetipos y prácticas de género. Alianza.
- Ramió, A. (2018). Context polític, social i sanitari de finals del segle XIX fins al final del segle XX. Dins A. Ramió, C. Torres & A. Guilera (Coords.), Infermeres pioneres a Catalunya: del franquisme a la democràcia (pp. 70-80). Ediciones San Juan de Dios Campus Docent.
- Vila Gimeno, C. (2013). El Servei d'Urgències de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1967-1986). Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A., Palmar Santos, A.M. (2019). Investigación cualitativa en salud. Cuadernos metodológicos 58. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

La profesionalización enfermera en los quirófanos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Neus Buil[1] y Paola Galbany-Estragués[2]

1 Nursing Department, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Nursing Care Research, Institut de Recerca (IR SANT PAU). Programa de doctorado en Curas Integrales y Servicios de Salud. Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña (UVic-UCC).

2 Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica, Facultad de Enfermería, Universitat de Barcelona. Grupo FEBE. Asociación FEBE de Historia de la Enfermería de Catalunya, Islas Baleares, Andorra y otros territorios de lengua catalana. Grupo de Investigación GENI. Research Group in Gender, Identity and Diversity, University of Barcelona.

Introducción

La historia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) parte del nacimiento del Hospital de la Santa Creu en 1401 y, en pleno auge de la industrialización y de las corrientes higienistas, continua con un hospital dividido en pabellones que incorpora el nombre de Sant Pau (Fargues & Tey, 2015), hasta la construcción a principios del siglo XXI de un nuevo hospital de estructura monobloque. Muchos de los pabellones contaban con laboratorios y quirófanos propios, pero también funcionaban unos Quirófanos Centrales, comunes a las cirugías de hombres y mujeres (García-Martín, 1990; Serraclara & Martí, 2009),

Desde el 1417, hay registros de personal enfermero, pero con el tiempo los cuidados recayeron en congregaciones religiosas (Fargues & Tey, 2015; Serraclara & Martí, 2009), como las Hermanas Hospitalarias de la Santa Cruz (1792), responsa-

bles del instrumental y de anotar las intervenciones (AHSCSP, 1911), hasta su abandono del hospital por la Guerra Civil (Mestre, 1991).

En 1966, Adela Simón, después de reformar el Hospital General de Asturias (HGA), pionero en la profesionalización hospitalaria en España (Chamizo, 2009; Barceló-Prats, 2021), asumió la primera dirección enfermera del HSCSP, impulsando el Departamento de Enfermería (Valls, 2015, 2018). También fue jefa de estudios de la Escuela (Fargues & Tey, 2015), donde en 1967 se ofertó un curso pionero para Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de quirófano (Canals, 2003). Las alumnas aprendieron en los quirófanos de urgencias con su supervisora, Mª Teresa Castells (Valls, 2018), en un servicio acabado de reformar, con personal laico (Vila, 2013). A los Quirófanos Centrales, con Pilar Masgrau como supervisora, se accedió con la tercera promoción del curso en marcha, que permitió tener suficiente personal con criterios unificados (Valls, 2018). Hasta entonces, la responsable era la hermana Filomena de J. Rosell[82], encargada de custodiar las suturas, de controlar a unas mujeres mayores que doblaban gasas y a unas jóvenes que coordinaban las intervenciones. Instrumentaban unas ATS particulares de los cirujanos, que operaban con ellos en las clínicas privadas y ejercían de secretarias, pero también otras contratadas por el Servicio Quirúrgico, encargadas de las consultas y de tareas administrativas. La sustitución del personal de quirófano por las nuevas ATS fue progresiva y difícil, porque los cirujanos estaban acostumbrados a que las instrumentistas asumieran funciones que ya no correspondían a las nuevas profesionales (Valls, 2018). Con el tiempo, liderados por Castells, se abrieron los quirófanos de Traumatología, y los de Cirugía Cardíaca, donde emergió un nuevo perfil profesional, el de la enfermera perfusionista (Buil et al., 2023).

Las primeras enfermeras de quirófano del HSCSP lucharon por su identidad profesional y lideraron una Asociación de Enfermería Quirúrgica[83] que representaba sus intereses, y que con el tiempo derivó en la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ).

La historia del HSCSP ha sido ampliamente estudiada, pero no así la profesiona-

82. Carpetilla 1. Germanes Hospitalàries 1925-1974. Página 1. Distribución de las Hermanas Hospitalarias. Archivo Histórico del HSCSP (2026).

83. Acta de Constitución de la Asociación de Enfermería Quirúrgica Núm. 548/84. 21 de mayo del 1984. Archivo AEEQ.

lización enfermera en quirófano. Esta investigación busca recopilar el testimonio oral de sus primeras enfermeras de quirófano, para poner en valor su contribución a la profesión (Bernal & Corbalán, 2018; Guilera et al., 2024; Guilera, 2025).

Objetivo

Analizar la etapa de inicio del proceso de profesionalización de las enfermeras de quirófano en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1966-1974).

Metodología

Investigación cualitativa histórica, bajo un paradigma constructivista (Zarco et al., 2019), que utiliza el método de la historia oral a partir de entrevistas semiestructuradas (Bernal & Corbalán, 2008).

El ámbito del estudio es el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, desde 1966, inicio de la profesionalización enfermera, hasta la introducción de la Cirugía Cardíaca, en los años ochenta.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) (12/12/2020). Las participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria, consintiendo mostrar su nombre.

Se siguió un muestreo intencional, para conseguir la máxima representatividad posible y otro en bola de nieve, para acceder a informantes clave. Se contó con 31 participantes, coincidiendo con la saturación teórica.

Las entrevistas se registraron con una grabadora convencional y se transcribieron manualmente. Se utilizó un diario de campo como fuente observacional. También se revisaron fuentes documentales y bibliográficas. Las entrevistas se analizaron con el programa informático Atlas ti, a partir del que se generaron códigos y grupos de códigos, que permitieron un análisis temático de los datos.

Resultados

En 1966, la reforma del HGA propició el inicio de la profesionalización enfermera en el HSCSP, impulsada por líderes comunes a ambos hospitales.

En los Quirófanos de Urgencias, la reforma partió de un curso de quirofanista,

iniciado en 1967 en la Escuela del HSCSP, con MªTeresa Castells como responsable. Sin embargo, en los Quirófanos Centrales, el relevo del personal no formado liderado por Pilar Masgrau fue lento, porque chocó con la resistencia de los cirujanos al cambio.

La lucha por la identidad profesional de las primeras enfermeras de los quirófanos del HSCSP las llevó a asumir nuevos roles, como el de enfermera perfusionista, y a crear una asociación para defender sus intereses.

Discusión

Existe un fuerte paralelismo entre la modernización hospitalaria española que impulsó el Hospital General de Asturias (HGA), y la que siguió en el HSCSP. Chamizo (2009) la justifica gracias al liderazgo de Adela Simón que comparten ambos hospitales y al que Valls (2015, 2018) suma la figura de Pilar Masgrau, clave en la reforma de los Quirófanos Centrales del HSCSP. Esta reforma, sin embargo, no hubiera sido posible sin el curso de quirofanistas de la Escuela del Hospital, que Canals (2003) situa en el 1967, con Mª Teresa Castells como responsable. La formación en común se tradujo en una unificación de criterios necesaria para el relevo del personal que no acreditaba titulación quirúrgica, un proceso que resultó complejo porque exigía un cambio interno en la cultura sanitaria, al que los cirujanos no estaban preparados porque la jerarquía hospitalaria les otorgaba una posición de superioridad (Vila, 2013).

En el HSCSP, al igual que Chamizo (2009) destaca del proceso de profesionalización en Asturias, fue vital el papel de las mujeres intelectualmente preparadas para ser generadoras de cambio. Más allá de las líderes, el colectivo de enfermeras de quirófano luchó por su identidad y por adquirir autonomía en su práctica profesional.

Conclusiones

La profesionalización enfermera en los quirófanos del HSCSP fue posible gracias a enfermeras pioneras que lideraron el proceso de laicalización de los cuidados y lucharon por una enfermería profesional.

El curso de quirofanista fue imprescindible para preparar enfermeras bajo las mismas directrices y poder sustituir al personal sin titulación.

La historia oral aporta conocimientos sobre las experiencias de trayectorias profesionales, y abre una puerta a investigar sobre la vivencia y las expectativas de las nuevas generaciones de profesionales.

Referencias bibliográficas

- Barceló-Prats, J. (2021). Genealogía de la reforma hospitalaria en España: La gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad. Dynamis, 41(1), 27–51. https://doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22456
- Bernal, M.D.; Corbalán, J. (2008). Eines per a treballs de memòria oral (1a ed.). Col·lecció Eines de Memòria, 2.
- Buil, N., Sillero Sillero, A., Lorenzo Vaquerizo, L., & Galbany-Estragués, P. (2023). Mª Rosa Garín Solé: pionera de la enfermería perfusionista en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Temperamentvm, 19: e14472. https://doi.org/10.58807/temperamentvm20236084
- Canals Cadafalch, M. (2003). La formació de la infermera quirúrgica a Catalunya. Tesi Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Chamizo Vega, C. (2009). El proceso de profesionalización de la enfermería en el principado de Asturias. Tesi doctoral. Universitat d'Alacant.
- Fargues, I.; Tey, R. (2015). Sis segles d'assistència hospitalària a Barcelona: de Santa Creu a Sant Pau. Fundació Privada Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- García-Martín, M. (1990). Hospital de Sant Pau. 1ª Ed. Catalana de Gas.
- Guilera, A., Ramió, A., Torres, C. (2024). Reflexió sobre les fonts orals, a propòsit del projecte "preservem la memòria". Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica. Revista de la Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica Filial de l'Institut d'Etudis Catalans. https://revistes.iec.cat/index.php/AHCT. Nova època 2024. Volum 17.
- Guilera Roche, A. (2025). La importancia de las fuentes orales en la preservación de la memoria colectiva. El proyecto "Preservem la memòria". Dins XIX Congreso de la SEHM a Madrid: 3-5 de setembre de 2025 (pp.160-163). Sociedad Española de Historia de Medicina.
- Serraclara, Mª.Tª.; Martí, M. (2009). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Història, arquitectura, art. Fundació privada Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 2ª ed.
- Valls Molins, R. (2015). Adela Simón Pera, (1919-1979). Iniciadora de una nueva organización de la enfermería hospitalaria en España. Agora de Enfermería, 77(19,1), 36–39.
- Valls, R. (2018). Sra. Pilar Masgrau Gomollón (1934): líder de la reforma infermera a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Dins A. Ramió, C. Torres & A. Guilera (Coords.), Infermeres pioneres a Catalunya: del franquisme a la democràcia (pp. 70-80). Ediciones San Juan de Dios Campus Docent.

- Vila Gimeno, C. (2013). El Servei d'Urgències de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1967-1986). Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A., Palmar Santos, A.M. (2019). Investigación cualitativa en salud. Cuadernos metodológicos 58. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

El uniforme enfermero como símbolo de género: evolución histórica y su papel en la deconstrucción de estereotipos

Isabel del Hoyo Herrero y Ana del Hoyo Herrero
Enfermera del servicio de Oncología Médica y del servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.

Introducción

La enfermería ha sido históricamente considerada una profesión feminizada, asociada a valores como el cuidado, la vocación y la obediencia. Esta percepción no es casual, sino que responde a un constructo social en la que el género ha desempeñado un factor determinante. En este contexto, el uniforme enfermero ha sido un elemento clave en la configuración y construcción de la identidad profesional, actuando como un símbolo visual que transmite roles y convenciones sociales.

A lo largo del tiempo, el uniforme ha evolucionado en función de los cambios sociales y sanitarios, pasando de ser una indumentaria rígida y simbólica, acorde con los cánones de vestimenta femenina de la época a una herramienta funcional y con identidad propia. Su papel en la construcción y perpetuación de estereotipos de género ha sido constante. En la actualidad, la progresiva adopción de uniformes neutros y el aumento de la presencia masculina en la profesión plantean un escenario de transformación en el que el uniforme puede convertirse en una herramienta de deconstrucción de dichos estereotipos.

La influencia de figuras como Florence Nightingale contribuyó significativamente a la profesionalización de la enfermería en el siglo XIX, consolidó una imagen asociada a la disciplina y el cuidado, pero sin ninguna vinculación con la religión.

Desde sus orígenes vinculados a órdenes religiosas hasta hoy día, el uniforme ha evolucionado junto a los cambios sociales, culturales y profesionales. Este trabajo tiene como objetivo indagar en la evolución del uniforme enfermero desde una perspectiva histórica y de género, así como explorar su papel en la preservación y deconstrucción de estereotipos. Se realiza una revisión de la literatura científica y fuentes históricas relevantes. Los resultados muestran que el uniforme ha funcionado como símbolo de disciplina, cuidado y asociación a la figura femenina. Contribuyendo a la consolidación de una imagen estereotipada de la enfermería. Sin embargo, desde los 2000, la adopción de uniformes más funcionales y neutros ha favorecido una transformación en la percepción social de la profesión. Se concluye que el uniforme, además de ser un elemento práctico, constituye una herramienta simbólica con capacidad para influir en la construcción de identidades profesionales y en la igualdad de género.

Objetivos

- Analizar la evolución del uniforme enfermero desde una perspectiva histórica y de género, evaluando su papel en la construcción y deconstrucción de estereotipos.
- Describir la evolución histórica del uniforme enfermero e identificar los elementos simbólicos asociados al género en el uniforme.
- Explorar los cambios actuales hacia una mayor neutralidad de género.

Metodología

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos como PubMed, CINAHL y Scopus, utilizando palabras clave como nursing uniform, gender roles, history of nursing y stereotypes.

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de fuentes secundarias y se incluyeron artículos en inglés y español publicados en los últimos años, así como documentos históricos relevantes y archivos fotográficos disponibles. Se excluyeron aquellos estudios que no abordaban directamente la relación entre uniforme y género o que no aportaban información significativa para el análisis.

Resultados

Los primeros uniformes enfermeros estaban estrechamente vinculados a órdenes religiosas, donde el cuidado de los enfermos era considerado una labor puramente vocacional. Las vestimentas eran largas, discretas y cubrían completamente el cuerpo y el cabello, reflejando valores de modestia, obediencia y sacrificio. Este tipo de uniforme contribuyó a asociar la enfermería con el rol tradicional femenino de cuidadora. Cabe destacar algunas órdenes religiosas de varones, como los Hermanos Alexianos o la Orden de los Camilos, cuya vestimenta era muy similar a la de las órdenes religiosas femeninas y aunque el objetivo era el cuidado del enfermo, el hábito masculino no se identificó con la enfermería y no se ligaba de manera directa con la profesión, si no de manera aislada.

Con la llegada de la enfermería moderna en el siglo XIX, comenzó a producirse una estandarización del uniforme liderada por Florence Nightingale. La incorporación de cofias, delantales y colores específicos reforzó la imagen de disciplina y jerarquía. El uniforme no solo identificaba a las profesionales, sino que también establecía diferencias dentro del propio colectivo, tales como diferentes cofias o colores distintos según el rango.

Con la aparición del practicante, comenzaban las diferencias en cuanto a uniforme masculino y femenino, ya que esta figura tenía un rol mas técnico y quirúrgico, mientras que la enfermera estaba más enfocada al cuidado y la higiene del enfermo.

En el caso de los uniformes masculinos, en muchas instituciones se les asignaba uniformes de odontólogos en los que cosían bandas distintivas en una manga que les diferenciaban de dichos profesionales.

En 1953 se crea la titulación de ATS y con ello, comenzaba a verse con más fuerza las diferencias en la ropa. A estos profesionales se les continuaba llamando coloquialmente “practicantes” donde su figura era una autoridad sanitaria similar a la del médico. De hecho, a partir de 1977 con la inclusión de la enfermería en la universidad, el hombre tuvo que reafirmar su rol técnico para distanciarse del estereotipo femenino por lo que muchos preferían el término ATS o practicante antes que el de enfermero.

Podemos encontrar excepciones de uniformes femeninos en tiempos bélicos, donde las enfermeras durante la Segunda Guerra Mundial vestían una indumentaria más militar. En EE. UU. en los hospitales de campaña vestían uniforme de gala que estaba compuesto por chaqueta y falda azul oscura, pero en las zonas de combate comenzaron a utilizar pantalones, botas de campaña y chaquetas de lana para protegerse del frío.

En el Ejército Rojo, esta indumentaria les ayudaba a poder montar y desmontar los hospitales y trasladar el material.

Aquí nacería un rol mixto, enfermeras que con entrenamiento comenzaban a desarrollarse como francotiradoras, operadoras de radio o conductoras de tanques.

Durante gran parte del siglo XX, el uniforme blanco se convirtió en el símbolo por excelencia de la enfermería. Este color, asociado a la pureza y la limpieza, reforzaba la imagen de la enfermera como figura femenina, cuidadora y subordinada. En algunos contextos, incluso se llegó a una cierta sexualización del uniforme, especialmente en representaciones mediáticas. En las últimas décadas, el uniforme ha evolucionado hacia modelos más funcionales, como los pijamas sanitarios, desprendiéndose de la falda y el delantal, priorizando la comodidad y la higiene. Estos cambios han ido acompañados de una progresiva neutralización de género, favoreciendo la inclusión de hombres en la profesión y contribuyendo a una imagen más profesional y menos estereotipada. En los años 70 el uniforme comienza a desprenderse de la cofia, apoyándose en varios estudios que demostraban que este elemento era un reservorio de bacterias, poco higiénico e innecesario en el entorno clínico. Con este cambio se buscaba una imagen mas científica y técnica de la profesión, alejándose del rol femenino tradicional y formando parte de la lucha contra los uniformes que fomentaban la desigualdad de género.

Actualmente en algunas facultades de enfermería españolas, el uniforme tradicional ha continuado vistiéndose hasta bien entrado el siglo XXI donde basándose en un enfoque conservador e histórico se podía observar las diferencias entre el uniforme masculino y femenino de los estudiantes, perpetuando las diferencias de género. Desde 2011 se permitió al personal sustituir la falda por el pantalón, intentando reflejar una adaptación a la funcionalidad

A pesar de estos avances, persisten ciertos tópicos en la sociedad y en los medios de comunicación, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en la construcción de una identidad profesional libre de sesgos de género. En este sentido, el uniforme puede desempeñar un papel clave como herramienta de cambio simbólico.

Conclusiones

El uniforme enfermero ha evolucionado desde un símbolo de vocación religiosa y feminización hacia una herramienta funcional y potencialmente igualitaria. A lo largo de la historia, ha contribuido a la construcción de estereotipos de género, pero en el momento actual se posiciona como un elemento clave en su deconstrucción.

La adopción de uniformes más neutros y la creciente diversidad dentro de la profesión representan un avance hacia una enfermería más inclusiva y profesionalizada. No obstante, es necesario continuar promoviendo cambios que favorezcan una percepción social basada en la competencia y el conocimiento, más allá de los patrones tradicionales. El uniforme enfermero ha sido históricamente mucho más que una simple prenda de trabajo. Su diseño, color y estructura han estado profundamente influenciados por los valores sociales de cada época, especialmente en lo que respecta al género. Durante décadas, ha contribuido a reforzar una imagen de la enfermería ligada a la feminidad, la sumisión y el cuidado.

Sin embargo, los cambios sociales y la evolución de la profesión han impulsado una transformación significativa en el uniforme, que ahora se orienta hacia la funcionalidad y la igualdad. Este proceso no solo refleja una adaptación a las necesidades prácticas del entorno sanitario, sino también un cambio en la percepción de la enfermería como disciplina científica y autónoma.

A pesar de estos avances, persisten ciertos clichés en la sociedad y en los medios de comunicación, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en la construcción de una identidad profesional libre de sesgos de género. En este sentido, el uniforme puede desempeñar un papel clave como herramienta de cambio simbólico.

Referencias bibliográficas

- Amezcua, M. (2002). La estética del cuidado: el cuerpo y el uniforme. Index de Enfermería.
- Siles González, J (1999). Historia de la enfermería en España. Alicante: CECOVA.
- Sellman, D. (2010). Professional values and nursing. En: Nursing Ethics.
- Marín Weber, C. (2019) La identidad profesional Enfermera desde una perspectiva histórica de género en España. Repositorio institucional IUB. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150232
- Barrachina Blasco, L. (2018) La enfermería en el primer tercio del siglo XX desde una persepectiva de género, un análisis iconográfico. Repositorio Institucional Universidad de Salamanca. Disponible en: www.repositorio.ual.es
- Arroyo Rodríguez, A. (2011) La enfermería como rol de género. Index de Enfermería.
- Maroto, M.L. La visión social de la enfermería desde una perspectiva de género.

Conferencias y ponencias

10

Formación, universidad y nuevas metodologías



Análisis estadístico del alumnado de practicante (1930-1936). Deconstruyendo imaginarios hegemónicos

Alexandre Sierra Oliva[1], Salvador Florit López[2] y Ariadna García Rodríguez[1]

1 VHIO (Vall d'Hebron Institut d'Oncologia), Barcelona.

2 Fundació Althaia Xarxa Hospitalària i Universitària de Manresa, Barcelona.

Introducción

Actualmente son escasos los estudios que abordan la figura de las mujeres practicantes. Los trabajos realizados por Carmen Domínguez Alcón (1981), Fernando Montesinos (2011) o Isabel Blázquez Ornat (2017) identifican la evolución de las profesiones de practicante y matrona, los programas formativos, las competencias profesionales y los orígenes sociales y geográficos de estas y estos profesionales desde finales del siglo XIX y durante el primer tercio del siglo XX. Montesinos y Blázquez centran sus estudios en Cataluña y Aragón, respectivamente, en el período 1877-1932. A su vez, Domínguez Alcón recoge datos del Instituto Nacional de Estadística de todo el territorio español hasta 1936. Ambos estudios concluyen, por un lado, que la presencia de practicantes en la geografía española es heterogénea y, por otro lado, que, del total de practicantes, las mujeres en esta profesión representan una minoría.

En Aragón la figura del practicante estaba muy arraigada y el número de títulos expedido, entre 1877 y 1932, por la Universidad de Zaragoza fue muy superior a los practicantes titulados en Cataluña, durante el mismo periodo, por la Universitat de Barcelona donde la tradición del practicante era escasa (Montesinos, 2011, p. 243).

La realidad de las mujeres practicante (y comadrona) también era distinta entre Cataluña y Aragón. En el periodo 1904-1932 se titularon un total de 837 mujeres practicante. De todas ellas, 144 eran de Barcelona y 23 de Zaragoza. (Montesinos, 2011, pp. 271-272). Según Blázquez Ornat, el predominio del sexo masculino en los estudios de practicante era esperable en Aragón porque el contexto educativo, cultural y social se caracterizaba por una gran resistencia a la incorporación de la mujer al mundo educativo y laboral, que entonces se vivía como un riesgo para el mantenimiento del concepto de familia (Blázquez-Ornat, 2017, p. 130).

Según Mary Nash (2006) durante las primeras décadas del siglo XX el rol de las mujeres seguía centrado en la esfera privada, el hogar, la familia y los cuidados. Distintos factores provocaron que en regiones más industrializadas como Euskadi o Cataluña la incorporación de la mujer al mundo laboral y a la esfera pública estuviera más extendida que en otras comunidades del Estado español y profesiones como las sanitarias —auxiliares del médico— resultaban una solución factible al choque frontal entre la incorporación de la mujer al mundo laboral y el contexto cultural dominado por el discurso de la domesticidad, que definía el ideal de mujer como "madre y ángel del hogar" y la confinaba en la esfera privada (Nash 2006, p. 36). Así pues, a partir de los años treinta y especialmente durante el período de la Segunda República, en Cataluña, la presencia de las mujeres en profesiones sanitarias fue cada vez más notoria.

La escasez de estudios sobre practicantes en espacios geográficos reducidos y en breves periodos de tiempo consolida, a nuestro parecer, el imaginario del practicante hegemónico, perpetuado por el androcentrismo histórico que reduce a las mujeres practicante a una constante minoría de poco interés profesional y académico. En cambio, el contexto particular de la ciudad de Barcelona durante los años treinta, los nuevos aires de la Segunda República y la escasa tradición y demanda de la figura del practicante en Cataluña nos invitan a pensar que la realidad de los nuevos alumnos de practicante en la Universidad de Barcelona, en el periodo 1930-1936, contrasta con el practicante hegemónico representado en el conjunto del territorio español.

Objetivos

Identificar, a partir de un análisis estadístico de las Actas de Exámenes de la Facultad de Medicina de Barcelona de los cursos 1930-1936,

a) la tendencia y proporción de estudiantes de practicante, hombres y mujeres, matriculados en la Universitat de Barcelona,

b) las características académicas de los alumnos matriculados en los estudios de practicante y matrona, a partir de las notas obtenidas,

c) las diferencias significativas entre el número de practicantes oficiales y no oficiales matriculados en la Universitat de Barcelona.

Metodología

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

En el Arxiu Històric de la Universitat de Barcelona se conservan las Actas de exámenes de la Facultad de Medicina de Barcelona del alumnado de practicante. Para llevar a cabo nuestra investigación, hemos analizado los datos correspondientes a las calificaciones del alumnado de primer y segundo curso de practicante durante los cursos 1929-1930, 1930-1931, 1931-1932, 1932-1933, 1933-1934, 1934-1935 y 1935-1936.

Resultados

Las Actas de Exámenes (1930-1936) contienen un total de 756 matriculaciones de estudiantes de practicante, de las cuales 329 (43,5%) corresponden a mujeres y 427 (56,5%) a varones. Si analizamos el sexo por alumnos (n=417), hallamos 194 (46,5%) mujeres y 223 (53,4%) varones.

El análisis de las matriculaciones de practicante refleja que, durante el período 1930-1936, en la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona se produjo un proceso de feminización sostenido. Las proporciones de mujeres entre practicantes por año académico fueron: 32,6% (1929-30), 33,9% (1930-31), 22,7% (1931-32), 43,8% (1932-33), 44,2% (1933-34), 45,5% (1934-35) y 61,2% (1935-36). La tendencia al aumento de la proporción femenina es estadísticamente significativa (prueba de correlación por rangos): rho de Spearman $\rho \approx -0.1772$; $p < 0,001$) (tabla 1 y gráficos 1a y 1b).

Al centrar el análisis en las calificaciones, las alumnas practicantes muestran un mejor rendimiento relativo respecto a los varones. Se observa una mayor proporción de mujeres entre el alumnado aprobado en comparación con el no aprobado. Entre los exámenes aprobados (663), el 45,1% corresponden a mujeres (299 de 663), mientras que en los no aprobados (93) la proporción de mujeres es del 32,3% (30 de 93). Esta diferencia resulta estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.9605$; $p = 0,0259$) (tabla 1 y gráficos 2a y 2b). Se aprecia una tendencia creciente en la proporción de mujeres hacia mejores calificaciones en los exámenes de practicante: U Mann-Whitney 60794,5; $p = 0,0008$, con una correlación entre sexo y calificación obtenida a favor de las mujeres (coeficiente de correlación rho de Spearman $\rho = -0.1226$; $p = 0,0007$). (tabla 1 y gráficos 3a y 3b).

La modalidad de estudios (oficial vs. no oficial) muestra una marcada diferencia por sexo. En la modalidad oficial hay un 81,5% de mujeres frente al 32,5% de mujeres en la modalidad no oficial: $\chi^2 = 135.0414$; $p = 0.000$ (tabla 1 y gráficos 4a y 4b). Se observa una creciente proporción de matriculaciones en la modalidad oficial a partir del curso 1932-1933 y un mayor rendimiento académico en aquellos alumnos que cursan los estudios en la modalidad oficial (tabla 2, gráficos 5a y 5b).

Conclusiones

Los resultados muestran una tendencia numérica creciente y estadísticamente significativa del alumnado femenino, llegando a superar, en el año 1936, el número de alumnas al de los alumnos varones, en los estudios de practicante. Además, los resultados obtenidos indican que, en la modalidad oficial de los estudios de practicante, el 80% del alumnado corresponde a mujeres, lo cual nos invita a repensar y cuestionar el imaginario de un aula de alumnos practicantes en la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona, durante los años treinta del siglo XX. A diferencia de lo previsto por la historiografía actual, la mayor parte del alumnado estaría integrado por mujeres. Las notas obtenidas por parte de las alumnas de practicante son superiores al de los alumnos varones, incluso a pesar de que muchas de éstas cursaban simultáneamente los estudios de matrona. Estos resultados refuerzan los argumentos presentados por Sioban Nelson, Paola Galbany-Estragués y Gloria Gallego-Caminero (2020), quienes denuncian el cliché de analfabeta y sin aptitudes

profesionales propio de las enfermeras españolas que participaron en la Guerra Civil. Por último, visibilizar a las mujeres practicante contribuye a incorporar la historiografía de los practicantes dentro de la historiografía de la enfermería desde una perspectiva que vaya más allá de las constantes disputas y luchas de poder entre practicantes y enfermeras o entre practicantes y comadronas (Calvo-Calvo, 2014). Conocer la trayectoria profesional de las mujeres practicante (muchas de ellas, también con la titulación enfermera o comadrona), como es el caso de Trinidad Gallego (Valls. 2008), permite ilustrar que los límites identitarios y competenciales de las matronas, las enfermeras y los practicantes, determinados por los arquetipos de género propios de la sociedad del momento, resultaron cada vez más difusos.

Tablas

Tabla 1. Número de matriculaciones de practicante por sexo (n=756)

Variable	Valores	Recuento	% mujeres	Estadístico	*Significación*
Año	1929-1930 1930-1931 1931-1932 1932-1933 1933-1934 1934-1935 1935-1936	43 56 75 121 156 189 116	32,6% 33,9% 22,7% 43,8% 44,2% 45,5% 61,2%	U = 55996.50 *U Mann-Whitney* ρ = -0.1772 *Coeficiente de correlación (Rho) de Spearman*	p = 0.0000 p = 0.0000
Mes de examen	Junio Septiembre	459 297	51,6% 31,0%	$\chi^2 = 30.4710$	p = 0.0000
Aprobados	Aprobados vs. No aprobados	663 93	45,1% 32,3%	$\chi^2 = 4.9605$	p = 0.0259
Nota	Sobresaliente Notable Aprobado Suspendido Devuelta papeleta	138 186 339 1 92	52,2% 47,8% 40,7% 0 % 32,6%	U = 60794.500 ρ = -0.1226	p = 0.0008 p = 0.0007
Oficialidad de estudios	Oficial No oficial	162 594	81,5% 32,5%	$\chi^2 = 135.0414$	p = 0.0000
Curso	1er curso 2º curso	411 435	44,5% 33,6%	$\chi^2 = 0.2872$	p = 0.5920

Tabla 2. Número de matriculaciones de estudiantes de practicante distribuido por modalidad "oficial" o "no oficial" (n=756)

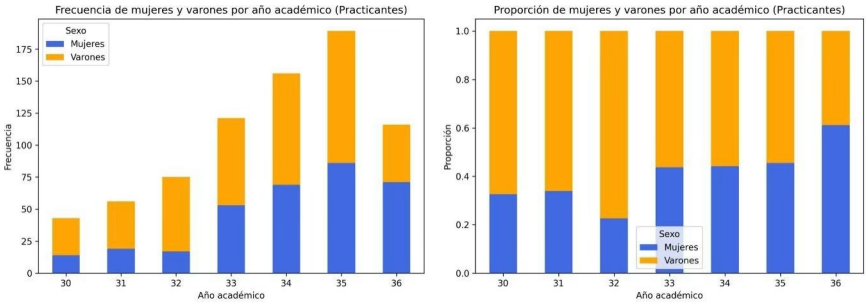
Variable	Valores	Recuento			Estadístico y Significación
		Total	Oficial	No oficial	
Sexo	Varones	427	6,09%	93,9%	$\chi^2 = 135.0414$
	Mujeres	329	43,1%	56,9%	p = 0.0000
Curso	Primer curso	411	20,4%	79,6%	$\chi^2 = 0.4039$
	Segundo curso	345	22,6%	77,4%	p = 0.5251
Año	1929-1930	43	4,65%	95,4%	
	1930-1931	56	12,5%	87,5%	$U^* = 67266.50$
	1931-1932	75	10,7%	89,3%	p = 0.0000
	1932-1933	121	9,09%	90,9%	----------
	1933-1934	156	18,6%	81,4%	$\rho^{**} = 0.2878$
	1934-1935	189	27,5%	72,5%	p = 0.0000
	1935-1936	116	45,7%	54,3%	
Mes de examen	Junio	459	34,2%	65,8%	$\chi^2 = 111.3493$
	Septiembre	297	1,68%	98,3%	p = 0.0000
Aprobados	Aprobados vs.	663	24,4%	75,6%	$\chi^2 = 0.4295$
	No aprobados	93	18,5%	81,5%	p = 0.5122
Nota	Sobresaliente	138	29,0%	71,0%	$U^* = 54786.00$
	Notable	186	24,7%	75,3%	p = 0.0040
	Aprobado	339	17,4%	82,6%	----------
	Suspendido	1	0 %	100%	$\rho^{**} = 0.1046$
	Devuelta papeleta	92	18,3%	81,7%	p = 0.0040

* U de *Mann-Whitney*

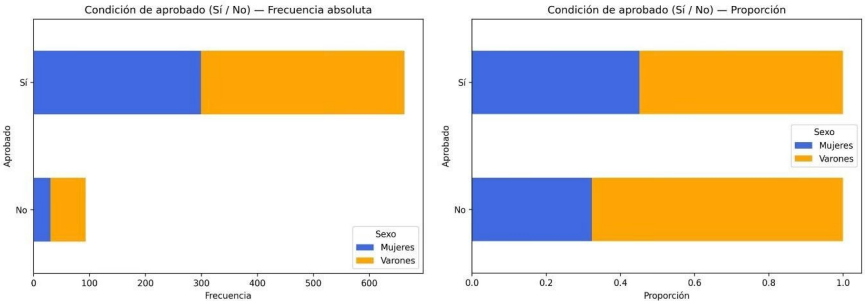
** Coeficiente de correlación *rho* de *Spearman*

Gráficos

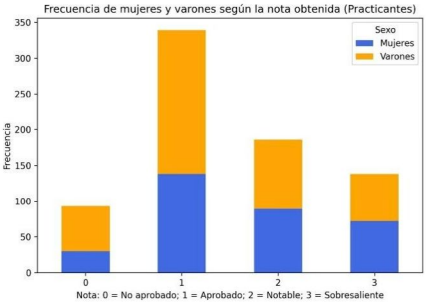
Gráficos 1a y 1b. Número y proporción de matriculaciones de practicantes distribuidos por sexo y año académico (n=756).

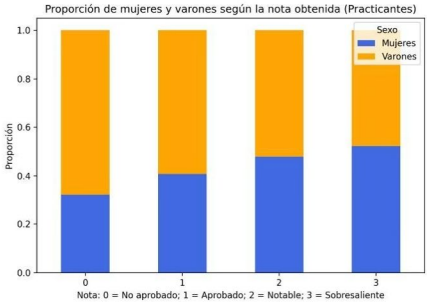


Gráficos 2a y 2b. Número y proporción de matriculaciones de estudiantes de practicante distribuidos por sexo y aprobados / no aprobados. (n=756).

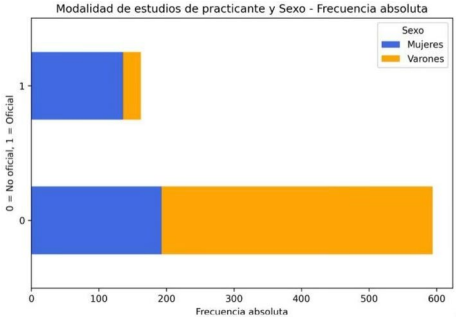


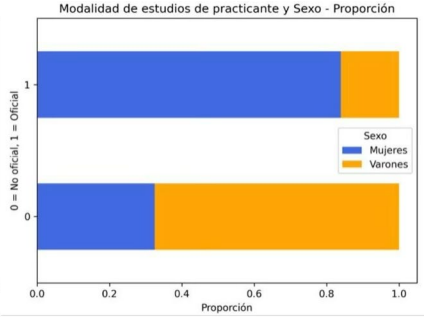
Gráficos 3a y 3b. Número y proporción de matriculaciones de estudiantes de practicante distribuidos por sexo y calificación obtenida (n=756).



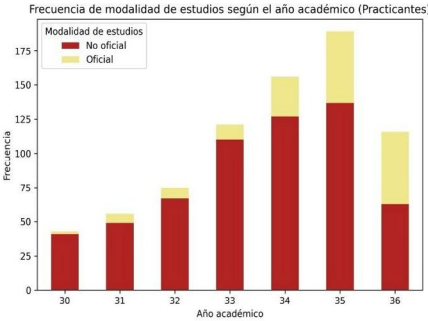


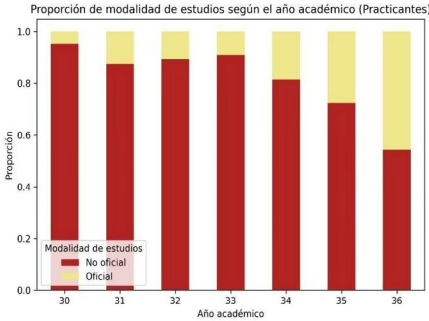
Gráficos 4a y 4b. Número y proporción de matriculaciones de estudiantes de practicante distribuidos por sexo y modalidad de estudios (n=756).





Gráficos 5a y 5b: Número de matriculaciones de practicante y proporción en relación con la modalidad de estudios (n=756).





Bibliografía

- Bernabeu Mestre, Josep; Gascón Pérez, Encarna, Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977), Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999.
- Blázquez Ornat, Isabel, «La identidad del practicante a través de la prensa profesional. Aragón, 1885-1936», Dynamis, 36 (2016): 443-466.
- Blázquez Ornat, Isabel, El practicante: el nacimiento de una nueva profesión sanitaria en España. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2017.
- Calvo-Calvo, Manuel-Ángel, «La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera de 1915», Dynamis, 34 (2014): 425-446.
- Domínguez-Alcón, Carmen, La infermeria a Catalunya, Barcelona: Rol, 1981.
- Domínguez-Alcón, Carmen, Los cuidados y la profesión enfermera en España, Madrid: Pirámide, 1986.
- González-Canalejo, Carmen, «Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social" (1857-1936)», Dynamis, 27 (2007): 211-235.
- Montesinos Vicente, Fernando, Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932), Girona: Universitat de Girona, tesis doctoral, 2011.
- Nash, Mary, Rojas. Las mujeres republicanas de la Guerra Civil, Madrid: Santillana Ediciones Generales, 2006.
- Nelson, Sioban; Galbany-Estragués, Paola; Gallego-Caminero, Gloria, «The Nurses No–One Remembers: Looking for Spanish Nurses in Accounts of the Spanish Civil War (1936–1939)», Nursing History Review, 28 (2020): 63-92.
- Valls Molins, Roser (coord.), Infermeres catalanes a la Guerra Civil espanyola, Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2008.

El valor pedagógico del patrimonio del MUVa en la historia de la enfermería vallisoletana

Rebeca Pérez Fernández
Área Historia de la Ciencia. Universidad de Valladolid.
rebeca.perez@uva.es

Introducción

El origen de la Universidad de Valladolid (UVa) se remonta al siglo XIII, siendo una de las primeras universidades españolas. Su compromiso con la enseñanza orientada a la asistencia se consolidó en el año 1404 con la creación de la Facultad de Medicina (Rojo Vega A., 2006). En el ámbito de la enfermería, la transición del cuidado desde el plano técnico-asistencial hacia el nacimiento de los estudios reglados en la UVa fue un proceso evolutivo que abarcó desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad. Durante gran parte de este periodo, la formación compartió espacios, profesorado e institucionalidad con la medicina (Palacios Moro M., 2004).

El museo anatómico de Valladolid comenzó su andadura a mediados del siglo XIX. Se tien constancia de la existencia de piezas anatómicas adquiridas para el museo desde el año 1861 por orden del decano de la facultad de Medicina, Dr. Laorden. Desde entonces la colección se ha incrementado de manera paulatina, destacando el periodo del Dr. Salvino Sierra (Pastor Vázquez J.F. y De Paz Fernández F.J., 2013), que dio lugar al Museo Anatómico Sierra.

En 2002 se fundó el de la Universidad de Valladolid (MUVa) (Universidad de Valladolid. (2001) centrado inicialmente en su sección de historia y arte, sin embargo, en el año 2011, el patrimonio del Departamento de Anatomía se integró a la sección

de Ciencias Biomédicas del MUVa (Heras García, F. J. (2011). Actualmente, la colección mantiene su sede propia Facultad de Medicina, entre el Anfiteatro López Prieto y una sala de exposiciones en el ala de anatomía, aunque una parte importante de la colección permanece en el almacén.

La colección de anatomía se compone de piezas naturales y artificiales, entre las que destacan 114 modelos en cera de la casa Tramond - la colección más numerosa de España-, así como modelos en escayola, papier maché, madera y plástico. El fondo incluye material instrumental científico; material gráfico docente; preparaciones naturales, botes de farmacia del siglo XIX, y la mayor colección osteológica de España, con 8.000 esqueletos. Además, cuenta con lienzos anatómicos de gran calidad artística.

El objetivo de este trabajo es analizar el vínculo histórico entre esta colección museística y la formación de la enfermería en Valladolid. Para ello, se empleó metodología histórica y descriptiva, consultando archivos de la UVa y analizando piezas con relevancia pedagógica para la disciplina de los cuidados. La información se complementó con entrevistas técnicas a los profesores Pedro Martín Villamor y Juan Francisco Pastor, cuyas aportaciones permitieron identificar el uso original de los materiales.

Desarrollo

Evolución de los estudios de enfermería en la UVa

A finales del siglo XIX, los cuidados al enfermo se dividían en dos figuras: practicantes, encargados de la cirugía menor y curas; y matronas, especializadas en el parto; existiendo registros de exámenes de reválidas desde el año 1866[84] en la UVa. En 1904 se regula la normativa de estudios oficiales y no oficiales de matronas y practicantes (España, 1904). A principios del siglo XX comienza la profesionalización de la enfermería (España, 1915) impulsada por las Siervas de María para que se autorice ejercer la profesión de enfermera a aquellas religiosas que acrediten los conocimientos necesarios con un examen de reválida similar al de practicantes. En

84. Universidad de Valladolid. (ca. 1864-1889). Libro de matrículas y exámenes de la enseñanza de Matronas o Parteras de la Universidad de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-02064). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Valladolid, las Siervas de María fueron las primeras en profesionalizarse seguidas de las Hijas de la Caridad ligadas a los hospitales de la ciudad como el Hospital de Esgueva o el Hospital Provincial.

No fue hasta el año 1953 cuando se unifican las tres figuras anteriores en una sola, Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) (España, 1953) creándose en Valladolid las Escuelas de A.T.S femeninas y masculina. que dependía directamente de la Facultad de Medicina. Los estudios prácticos de los alumnos se realizaban en el hospital provincial, permaneciendo las alumnas en régimen interno bajo la enseñanza de las Hijas de la Caridad en dicho hospital. A principios de los años 70 la escuela y la residencia femenina de A.T.S. se traslada a las dependencias de la calle Real de Burgos, manteniéndose las prácticas en el hospital provincial. Ya en el año 1977 los estudios de A.T.S. dejan paso a los Diplomados Universitarios en Enfermería (D.U.E) (Real Decreto 2128/1977, 1977), creándose la Escuela Universitaria de Enfermería cuya sede estuvo integrada con el Hospital Clínico Universitario y la Facultad de Medicina, compartiendo laboratorios y espacios de prácticas (Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid, 2002). En el año 2002 los estudios se trasladan a la Facultad de Medicina donde en el año 2008, con la llegada del Plan Bolonia, se crea el Grado en Enfermería. La autonomía total llegó en el año 2015 cuando se creó la Facultad de Enfermería de Valladolid.

Análisis de las piezas del museo anatómico del MUVa en la enseñanza de la enfermería

La colección anatómica del MUVa constituye un registro material de la evolución pedagógica de practicantes, matronas y enfermeros. El análisis de sus fondos permite identificar tres grandes categorías de recursos didácticos: modelos anatómicos, instrumental clínico-quirúrgico y la colección osteológica.

Entre los modelos anatómicos destacan piezas de escayola de finales del siglo XIX empleadas fundamentalmente en el estudio de deformidades óseas. Posee especial relevancia para la historia de la enseñanza de la obstetricia un fantoma obstétrico, probablemente de principios del siglo XX, revestido de cuero y cuya morfología sugiere una filiación con la firma británica Adam, Rouilly (Adam, Rouilly Ltd, 2018), era esencial para el entrenamiento de las matronas en las maniobras de

parto. Asimismo, el museo conserva modelos de goma (representando órganos como el riñón, el oído y el corazón). En el caso del modelo cardíaco, los registros documentan el suministro por la firma Cultura en el año 1949[85]. Cabe destacar que estas piezas proceden de la Escuela de Enfermería, desde donde fueron trasladadas e integradas en la colección actual del MUVa por iniciativa del Prof. Martín Villamor

El fondo instrumental del museo documenta la transición hacía la profesionalización de la enfermería. Según los libros de ingresos y gastos, el primer registro de adquisición para practicantes data de 1925[86] [87] [88] [89] [90] Se observa un incremento exponencial de adquisición de material instrumental en la década de los 50, coincidiendo con los estudios de A.T.S.

La colección abarca una tipología diversa de objetos desde equipos de punción lumbar, estetoscopios, jeringas, material de sutura, material específico para el tratamiento de heridas y quemaduras, una caja de partos o material de disección; sin olvidar microscopios y otros elementos de laboratorio que evidencian la base científica de la formación. material científico como microscopios.

El museo custodia una de las colecciones osteológicas más importantes de Europa. Según el testimonio del Prof. Martin Villamor, el estudio directo sobre restos óseos fue parte esencial de los estudiantes de enfermería.

85. Universidad de Valladolid. (ca. 1949-1949). Libro de facturas de personal y material de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-01180). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

86. Universidad de Valladolid. (ca. 1922-1928). Libro de cuentas de ingresos y gastos de la Facultad de Medicina de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-02562). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

87. Universidad de Valladolid. (ca. 1945-1951). Libro de cuentas de ingresos y gastos del Fondo de Prácticas de la Facultad de Medicina de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-02096). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

88. Universidad de Valladolid. (ca. 1952-1956). Libro de cuentas de ingresos y gastos del Fondo de Prácticas de la Facultad de Medicina de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-02097). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

89. Universidad de Valladolid. (ca. 1957-1959). Libro de cuentas de ingresos y gastos del Fondo de Prácticas de la Facultad de Medicina de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-02098). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

90. Universidad de Valladolid. (ca. 1960-1964). Libro de cuentas de ingresos y gastos del Fondo de Prácticas de la Facultad de Medicina de Valladolid [Registro de archivo]. Fondo Histórico (Signatura LIB-02099). Archivo Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

La catalogación del patrimonio custodiado en el MUVa es compleja derivada de la propia evolución de los estudios de enfermería. Si bien es posible identificar objetos con una identidad clara – equipos de punción lumbar para practicantes o material obstétrico para matronas-, una parte importante del fondo presenta una naturaleza ambivalente, sin poder discernir si las piezas pertenecen a las cátedras de Medicina o a las Escuelas de Enfermería.

Aún es necesario profundizar en el estudio comparativo de los fondos de archivo de la Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería de la UVa para reconstruir los planes de estudio y la profesionalización de los planes docentes. Además, se realizará un estudio biográfico centrado en figuras claves que lideraron la evolución de los estudios de Enfermería.

Conclusiones

Poder identificar piezas procedentes de la antigua escuela de Enfermería, como el fantoma obstétrico o los modelos de goma, permite documentar la especificidad en la formación del ámbito de la enfermería en la universidad vallisoletana.

El MUVa, en concreto, la colección anatómica, sita en la Facultad de Medicina es un legado material de los estudios de la Enfermería, donde se produce una simbiosis entre medicina y enfermería, donde el instrumental y los modelos fueron recursos docentes comunes.

Referencias bibliográficas

- Adam, Rouilly Ltd. (2018). A century of medical simulation: 1918–2018.
- Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid. (2002). Setenta años de formación de enfermería en Valladolid (1932–2002). Universidad de Valladolid.
- España. (1915, 21 de mayo). Real orden de 7 de mayo de 1915 disponiendo las condiciones en que las Hermanas de la Caridad y demás personas pertenecientes a institutos religiosos han de obtener el título de enfermera. Gaceta de Madrid, (141), 493–495.
- España. (1953, 29 de diciembre). Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de practicante, enfermera y matrona en el de ayudante técnico sanitario. Boletín Oficial del Estado, (363), 7724–7725.
- España. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. (1904, 12 de agosto). Real orden disponiendo se verifique en el mes de septiembre próximo la convocatoria de exámenes de las diversas enseñanzas. Gaceta de Madrid, (225), 529.
- Heras García, F. J. (2011). El Museo de la Universidad de Valladolid (MUVa): Un museo para la educación y la cultura. Publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- Palacios Moro, M. (2004). Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Universidad de Valladolid.
- Pastor Vázquez, J. F., & De Paz Fernández, F. J. (2013). La Sección de Ciencias Biomédicas del MUVa: Historia y colecciones. Ediciones Universidad de Valladolid.
- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. (1977).
- Boletín Oficial del Estado, 200, 18632–18633. https://www.boe.es/eli/es/rd/1977/07/23/2128
- Rojo Vega, A. (2006). Sexto centenario de los estudios de Medicina en Valladolid. Junta de Castilla y León, Consejería de Educación.
- Universidad de Valladolid. (2001). Reglamento del Museo de la Universidad de Valladolid (MUVa) (Aprobado en Consejo de Gobierno el 4 de mayo de 2001).

Mujeres que hicieron facultad: docentes enfermeras construyendo saberes y prácticas desde el cuidado

María Ángeles Román Caro[1], Paola Galbany Estragués[2], Maria Teresa Lluch Canut[3], Dolors Rodríguez Martín[2], Ana Martínez Rodríguez[2]

1 Hospital Sant Joan de Déu. PhD student Programa de Doctorado en Enfermería y Salud – Facultad de Enfermería (Universidad de Barcelona).

2 Departament d'Infermeria Fonamental i Clínica, Facultat d'Infermeria, Universitat de Barcelona.

3 Catedrática de la Universidad de Barcelona. Departament d'Infermeria Salut Pública, Salut Mental i Materno-Infantil, Facultat d'Infermeria, Universitat de Barcelona.

*mromanca19@alumnes.ub.edu

Introducción

La construcción social de la historia de la enfermería ha estado condicionada por factores culturales, políticos e ideológicos que han influido en el reconocimiento social del cuidado y en la definición de su identidad profesional. Esta situación se relaciona con la división sexual del trabajo y con la asociación cultural entre cuidado y el rol tradicional de la mujer, que durante siglos situó estas actividades en el ámbito doméstico y las vinculó a funciones consideradas naturales de la feminidad más que a un campo profesional especializado. Como consecuencia, la historia de la enfermería ha sido con frecuencia narrada desde perspectivas externas que han reforzado su invisibilidad y subordinación dentro del sistema sanitario. La recuperación crítica de la historia de la enfermería y la construcción de una memoria

colectiva propia resultan fundamentales para cuestionar los estereotipos y roles de género, visibilizar la construcción histórica de las mujeres en el cuidado y fortalecer la identidad y el reconocimiento académico de la profesión (Siles González, 2004).

Carmen Domínguez-Alcón (2017) en su estudio histórico de la enfermería, permite comprender cómo se han configurado los saberes del cuidado en relación con las transformaciones sociales, sanitarias y culturales. Pone de manifiesto que el desarrollo de la profesión se encuentra vinculado a los cambios sociales y sanitarios de cada época. Desde esta perspectiva, el análisis de la evolución de la educación enfermera resulta fundamental para comprender la construcción del conocimiento disciplinar (Domínguez Alcón, 2017).

La incorporación de los estudios de enfermería al sistema universitario español en 1977 constituyó un momento clave en el proceso de profesionalización e institucionalización académica de la enfermería. Este cambio se produjo en el contexto de las transformaciones sanitarias y educativas que caracterizaron el último tercio del siglo XX, marcadas por la expansión de la educación superior y por la progresiva integración de las profesiones sanitarias en el ámbito universitario. La entrada en la universidad no sólo supuso una reorganización administrativa de los estudios, sino también la redefinición del lugar del conocimiento enfermero dentro del campo académico y científico. Asimismo, esta reforma permitió recuperar la denominación de enfermería tras veinticuatro años en los que la profesión había quedado regulada bajo la figura de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), un proceso que se inscribe en un movimiento más amplio de reivindicación profesional impulsado por el propio colectivo y orientado a reforzar la identidad y el reconocimiento académico de la profesión (Galbany-Estragués et al., 2022).

El desarrollo histórico de la enfermería no puede comprenderse únicamente a partir de los cambios institucionales o formativos, sino que debe analizarse en relación con las condiciones sociales y culturales que han configurado el significado del cuidado en cada época. Esta vinculación situó durante largo tiempo las prácticas del cuidado en el ámbito doméstico y moral, dificultando su reconocimiento como actividad profesional. Por ello, el análisis de la docencia y de la formación enfermera permite comprender cómo, a través de procesos de profesionalización y de institucionalización académica, la enfermería ha ido construyendo progresiva-

mente su identidad disciplinar y su presencia en el ámbito universitario.

Las docentes enfermeras desempeñaron un papel fundamental en la consolidación de los estudios universitarios. A pesar de las limitaciones derivadas de la subordinación histórica de la profesión y de las desigualdades de género presentes en las instituciones académicas, estas profesionales contribuyeron activamente al desarrollo de los planes de estudio, a la incorporación de metodologías y a la consolidación de la ciencia enfermera en la universidad.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo las docentes enfermeras han configurado saberes y prácticas desde el cuidado en las universidades españolas y las dificultades que atravesaron en este proceso.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica en noviembre de 2025, en las bases de datos SciELO, Dialnet y PubMed. Se combinaron los términos nursing, higher education, gender y nursing education mediante los operadores booleanos AND y OR. Se identificaron inicialmente 75 artículos. Tras eliminar duplicados, y realizar una selección por título y resumen, se incluyeron siete artículos publicados en castellano e inglés para esta revisión.

Desarrollo

El proceso de profesionalización de la enfermería no puede comprenderse al margen de las estructuras sociales, culturales y de género que históricamente han condicionado el lugar de las mujeres en el ámbito del cuidado. En este sentido, la evolución de la docencia enfermera debe situarse en un marco más amplio, en el que la construcción de la profesión estuvo atravesada por tensiones entre modernización, subordinación médica, valores religiosos y estereotipos de feminidad. La historia ha puesto de manifiesto que, mientras en otros contextos europeos la enfermería avanzó hacia modelos formativos más autónomos y profesionalizados, en España dicho proceso estuvo marcado por mayores resistencias ideológicas y por una concepción del cuidado fuertemente vinculada a la caridad, la obediencia y el rol doméstico de la mujer. Partiendo de esta perspectiva, el desarrollo de la enfermería universitaria y el papel de las docentes enfermeras pueden interpretarse como parte de una trayectoria histórica compleja, en la que la consolidación del conocimiento enfermero estuvo estrechamente ligado a la progresiva visibilidad

de las mujeres como sujetos profesionales, académicos y productoras de saberes (Santainés-Borredá, 2021).

El modelo paternalista situaba a la mujer en el ámbito doméstico al considerarlo su esfera "natural", justificándolo en función de las características que se atribuían a su potencial maternal. Este sistema, aunque adoptó principios técnicos internacionales, impuso condiciones de sumisión absoluta y reclusión similares al de una regla conventual, donde las enfermeras debían obedecer sin réplica al médico: "Estas enfermeras son dignas del aprecio de todos, por su misión humanitaria: no tienen sueldo ni esperan nada; hacen el bien por el bien mismo" (Compañero de Caza de Don Federico, 1904, p.7). Además, debían vivir sin remuneración económica. Desde una perspectiva de género, se plantea una posible falta de reconocimiento del trabajo de Florence Nightingale en los orígenes de la enfermería española, vinculada a la oposición de la medicina a la autonomía profesional de la enfermería (Santainés-Borredá, 2021).

La educación en enfermería ha evolucionado desde la experiencia y la observación hacia una disciplina universitaria formal, basada en la teoría y la investigación. Sin embargo, durante décadas las enfermeras encontraron importantes obstáculos para acceder a titulaciones superiores, a programas de investigación o a posiciones docentes estables dentro de la academia. La ausencia de un proceso formativo propio y la persistencia de visiones sociales que restringían el papel de la mujer en el ámbito público, contribuyeron a retrasar la consolidación de un profesorado enfermero con plena capacidad de liderazgo académico. Como consecuencia, las primeras docentes enfermeras tuvieron que desarrollar su actividad en un escenario marcado por la escasez de recursos formativos, la falta de reconocimiento institucional y la necesidad constante de legitimar su presencia en espacios tradicionalmente reservados a otros colectivos profesionales (Akers & Mauk, 2023).

Las docentes enfermeras han actuado como agentes de transformación fundamentales al liderar la transición de la profesión desde un rol de "subordinación y sumisión" hacia una disciplina universitaria autónoma centrada en el cuidado. Mientras que el modelo español inicial limitaba la autonomía de las enfermeras bajo un prisma paternalista, el referente de Florence Nightingale ya otorgaba un papel protagonista a las docentes, estableciendo un camino educativo formal basado

en la teoría y la investigación. Este liderazgo curricular fue evidente durante la transición española, donde las ATS tuvieron un gran protagonismo en la integración universitaria en 1977, permitiendo que la transmisión teórico-práctica incorporara conocimientos propios como modelos, teorías y metodologías de investigación. En la actualidad, las docentes incorporan la perspectiva de género al combatir las distorsiones históricas que invisibilizaron la autoría femenina en los orígenes de la profesión, enfrentándose al desafío de alcanzar el grado de doctora y acreditación académica para consolidar su presencia en las cátedras universitarias y liderar la generación de conocimiento científico enfermero (Galbany-Estragués et al., 2022).

Conclusiones

En la actualidad, la enfermería se reconoce como una disciplina plenamente integrada en el sistema universitario, especialmente tras la implementación del Grado en Enfermería y la apertura a estudios de posgrado y Doctorado dentro del Espacio Europeo de Educación Superior. Sin embargo, el análisis histórico revela que todavía persisten determinadas dinámicas vinculadas a la poca visibilidad de la construcción de la identidad profesional. La escasa transmisión del conocimiento histórico sobre la evolución académica, junto con la influencia de factores institucionales y de relaciones de poder dentro del sistema sanitario, ha contribuido a generar una percepción fragmentada de la trayectoria universitaria de la enfermería (Castro & Amezcua, 2019).

Entre las conclusiones de esta revisión, se identifican hitos que ponen de manifiesto la continuidad de la vinculación académica de la enfermería durante más de un siglo (desde comienzos del siglo XX, la universidad asumió la evaluación y expedición del título de enfermera otorgando a su formación un carácter universitario temprano). No obstante, determinadas interpretaciones contribuyen a simplificar el proceso al situar el origen de la relación universitaria en 1977, generando una visión parcial del desarrollo formativo de la enfermería y dificultando la comprensión completa del proceso de profesionalización.

El análisis realizado pone de manifiesto el papel clave que las docentes enfermeras han desempeñado en el proceso de consolidación de la enfermería como disciplina universitaria. A través de su participación en la enseñanza, en la organi-

zación y transmisión del conocimiento teórico-práctico del cuidado, estas profesionales han contribuido de manera decisiva a la institucionalización académica de la enfermería y al fortalecimiento de la identidad profesional. Su labor ha sido fundamental para adaptar la formación a las necesidades cambiantes del sistema sanitario, y para consolidar espacios de producción y difusión del conocimiento enfermero.

Resulta necesario incorporar la perspectiva de género en la historia de la enfermería, dado que se ha evidenciado que las estructuras sociales y profesionales, influenciadas por los constructos de género, han condicionado el reconocimiento del trabajo académico de las mujeres en el ámbito sanitario. Integrar esta mirada permite comprender los procesos que han marcado la evolución de la enfermería, y contribuye a revalorizar el papel de las mujeres en la construcción del conocimiento científico.

Esta revisión abre líneas de investigación orientadas a profundizar en el conocimiento histórico de la docencia enfermera, destacando la necesidad de desarrollar estudios archivísticos que permitan recuperar documentación institucional de las primeras escuelas de enfermería, así como el análisis sobre la evolución académica y organizativa de estas instituciones. La incorporación de metodologías basadas en la historia oral puede contribuir a rescatar las trayectorias y experiencias de profesoras que han participado en la construcción de la enfermería universitaria en las últimas décadas. Estas aproximaciones permitirán avanzar hacia una historia de la enfermería más completa y crítica, capaz de dar visibilidad a las contribuciones de las docentes enfermeras en la consolidación académica de la profesión.

Referencias

- Akers, S. W., & Mauk, K. L. (2023). Nursing Education's Dynamic History: Challenging, Creative, and Courageous. Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship, 40(2), 102-109. https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000001048
- Castro, M. R., & Amezcua, M. (2019). La vinculación de la Enfermería a la Universidad en España: Los hitos de una relación negada. Temperamentvm, 15, e12606-e12606.
- Domínguez Alcón, C. (2017). Evolución del cuidado y profesión enfermera. En Evolución del cuidado y profesión enfermera (Primera edición). Ediciones San Juan de Dios, Campus Docent.
- Galbany-Estragués, P., Gómez-Ibáñez, R., Sadurni-Bassols, C., & Gallego-Caminero, G. (2022). ¿Evolución o involución? Pasado, presente y futuro de los profesionales de enfermería como docentes en España. Enfermería Docente, 31-36.
- Santainés-Borredá, E. (2021). La ocultación de Nightingale en la España de finales del siglo XIX e inicios del XX: Cuestión de género. Temperamentvm, 17. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-60112021000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Santainés-Borredá, E. (2021). Nightingale y la profesionalización de la enfermería en España. Cultura de los Cuidados. 2021, 25(N. Esp.): 100-112. https://doi.org/10.14198/cuid.2021.esp.11
- Siles González, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería, 13(47), 07-10.

Motivos para elegir los estudios de enfermería según el género

José Antonio Iglesias Guerra
Escuela Universitaria Enfermería Palencia (adscrita UVa).
jaigmj07@gmail.com

Introducción

Aunque la enfermería ha sido un campo protagonizado por los hombres durante extensas etapas de la Historia, el nacimiento de la enfermería moderna y laica en España se originó desde valores que se entendían de la condición femenina. En la actualidad, enfermería es la tercera profesión con un porcentaje más elevado de mujeres, tras logopedia y terapia ocupacional (INE, 2025) pero la demanda de estos estudios por parte de los hombres es limitada.

En este sentido, los estereotipos vinculados al género condicionan roles y expectativas que pueden influir en la elección de los estudios universitarios. Desde la implantación de los planes de estudio de Grado en Enfermería en España no se aprecia un incremento del estudiantado masculino, constatándose un descenso en más de dos puntos porcentuales en la última década hasta situarse en el 17,5% en el curso 2024-25 (Sistema Integrado de Información Universitaria, 2025).

El objetivo es constatar si hay motivaciones diferentes para iniciar los estudios de Enfermería en España atribuibles al género.

Para ello se realizó una revisión narrativa mediante protocolo estructurado planteando la pregunta siguiendo el formato PICOC: ¿En España, el género masculino tiene diferentes motivos para estudiar enfermería que el femenino?. Los términos de búsqueda se establecieron mediante los tesauros Medical Subject Headings

(MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), "Students", "Students Nursing", "University", "Gender", "Gender Role", "Stereotypes", "Male", "Female", "Career choice", "Motivation", "Social Values", "Spain", "Spanish", en el título y/o resumen, combinándolos con los operadores booleanos AND, OR y NOT. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Web of Science, Cochrane, Pubmed, Scielo y Cuiden.

Se estableció un límite temporal de 10 años, y restricción de idioma al inglés y castellano. Además, se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión aquellos estudios, con independencia de su metodología, que cumplían el objetivo de la revisión centrados en estudiantes de grado o de pregrado; y de exclusión los trabajos académicos de grado y la literatura gris. Tras ello, la selección se basó en el criterio crítico. Los resultados se presentaron en forma de síntesis narrativa.

Desarrollo

Tras el tamizaje de los artículos, se han empleado 10 artículos, de los cuales 8 son cuantitativos transversales, incluyendo una tesis doctoral, 1 cualitativo y una revisión bibliográfica.

Apenas se constatan diferencias según el género sobre las razones para elegir los estudios de enfermería, siendo el componente vocacional el más relevante. Los estudiantes se sienten identificados con los cuidados independientemente de su género (Burguete Ramos et al., 2018). Es más, los estudiantes masculinos no están de acuerdo con la creencia de que ellos no se identifican con los cuidados, y están orgullosos de estudiar enfermería.

Las razones para la elección se asocian a que esos estudios, y su posterior desarrollo profesional, permiten cristalizar un deseo profundo de ayuda a los demás y al bienestar de la sociedad, todo ello filiado con la vocación, lo que proporciona satisfacción personal y contribuye a la autorrealización personal (Teresa-Morales et al., 2023). También estos dos motivos son los que destacan en los resultados en estudiantes navarros y burgaleses. En los primeros, el 39% declara la vocación y el 36% la atracción sobre la ayuda a las personas como aspectos principales para escoger los estudios de enfermería (Pérez-Ciordia et al., 2022). Por su parte, el 90,3% del estudiantado burgalés manifiesta que uno de los motivos por los que estudió enfermería es por su deseo de ayudar a los demás, y el 79,6% por vocación (Mar-

tínez Arribas et al., 2025). En esta línea, el estudiantado madrileño de segundo de Bachillerato que elige Enfermería tiene puntuaciones significativamente superiores en los valores de ayuda a las personas, y tienen la convicción de poder realizar algo útil e importante si estudian enfermería, presentando un perfil vocacional claramente diferente y característico con respecto a los que se decantan por estudiar otras disciplinas (Hernández Franco et al., 2023).

Además de estos dos factores motivadores principales, para el estudiantado hay otros como las posibilidades de futuro que les proporcionan de cara a su incorporación al mercado laboral (Burguete Ramos et al., 2018), o el que los estudios de enfermería aportan cierto grado de prestigio y de reconocimiento social; y tras ellos con bastante menos influencia, haber tenido experiencias previas con enfermedades propias o de familiares, o la tradición familiar (Martínez Arribas et al., 2025), y que en algunos estudios como el navarro se constatan pesos que apenas superan el 6% (Pérez-Ciordia et al., 2022).

En esta línea, tras la pandemia de la COVID-19, varios estudios ratifican que el estudiantado de enfermería tiene una alta valoración de la profesión que han elegido, incluso superior a la de otros estudiantes de ciencias de la salud. La pandemia ha influido en la elección de estos estudios al incrementar el deseo de ayudar a los demás (33,2 %), los valores cívicos (28,4 %) y el deseo de contribuir a la mejora de la situación del país (27,5 %) (March-Amengual et al., 2023).

Ahora bien, manteniendo estas líneas globales, como señala Solera-Gómez (2024) se constatan algunas diferencias en función del género. Así, las mujeres tienden a tener una opinión más favorable de la enfermería que los hombres, declaran en mayor medida que los hombres que es su primera opción, y otorgan más peso a los factores motivadores de tipo intrínseco, vinculados a la vocación de servicio, la ayuda a los demás, al humanismo y a la autorrealización; mientras que los hombres, además de la vocación, a factores de tipo extrínseco como las posibilidades laborales o el reconocimiento profesional (Hidalgo 2017). Igualmente, en estudiantes malagueños de primer curso, en el género femenino sobresale la dimensión social equivalente al altruismo en comparación al género masculino, en los que el liderazgo tiene más peso (Rodríguez-Martínez et al., 2017); e incluso, con calificaciones académicas más altas, ellas se postulan por esa tendencia más

altruista hacia grados de ciencias de la salud y ciencias sociales (Martínez-Martínez et al., 2016), lo que vuelve a corroborar que el aspecto vocacional es esencial en la elección de estos estudios universitarios. Además, los estudiantes con menos estereotipos tienen mejores opiniones sobre la enfermería (Solera-Gómez et al., 2024). Por otra parte, los resultados ponen de manifiesto la aparición temprana y persistente en el interés por cursar estudios de enfermería desde los cursos de la formación obligatoria en España, lo que supone un arraigo temprano de los intereses vocacionales, siendo un rasgo diferencial del estudiantado que elige Enfermería (Hernández Franco et al., 2023).

Retomando la influencia de la pandemia en la elección de la carrera, se ahonda en estas conclusiones en el sentido que las mujeres tuvieron una influencia significativamente mayor en el aumento de los valores sociales relacionados con el ejercicio de la profesión visibilizados por la pandemia, mientras que los hombres se vieron más influenciados por las perspectivas laborales y salariales (March-Amengual et al., 2023).

Todo esto no determina la existencia de cierta predisposición natural en el género femenino hacia la prestación de cuidados profesionales. Es este un tema complejo donde la investigación actual señala que esa creencia es el resultado de una construcción sociohistórica y cultural, pero ajena a la determinación biológica.

Por otro lado, Teresa-Morales (2023) destaca el hecho que la visión de la profesión se limita al ámbito hospitalario incluso en el estudiantado de cuarto curso, y parece ausente la integración de la investigación, la docencia y la gestión como áreas fundamentales e indisolubles en la prestación de cuidados para su mejora.

Además, teniendo en cuenta que los estereotipos pueden condicionar también la elección de los estudios universitarios, es necesario que el estudiantado, antes de decantarse, disponga de un servicio de orientación profesional y académica en los centros de enseñanza preuniversitaria, así como sesiones intensivas en las jornadas de puertas abiertas de las universidades, personalizada, integral e inclusiva con profesionales que sean conscientes de estas realidades, y que incluso puedan evidenciar los ideales que el estudiantado pueda tener de la profesión de enfermería con el fin de poner de manifiesto su realidad.

Por otro lado, al ser una profesión tradicionalmente femenina, las mujeres encuentran más referentes y un entorno que perciben más acogedor para ellas, lo que contribuye a perpetuar la tendencia. Por ello, es necesario retomar la historia de la enfermería, poner en valor la relevancia del género masculino, buscar referentes masculinos actuales y argumentar que la profesión necesita de las aportaciones de ambos géneros para progresar, vista la infrarrepresentación masculina actual.

Por último, en las facultades se ha de evaluar cómo integrar la investigación, la docencia y la gestión como componentes fundamentales, así como poner de manifiesto el amplio campo profesional de la enfermería sin relegarse al ámbito asistencial.

Conclusiones

La vocación de ayuda mediante el cuidado es un motivo central para la elección de los estudios de enfermería en los dos géneros predominantes, pero ellas eligen enfermería como primera opción con más de frecuencia y desde edades más tempranas. Siguen existiendo estereotipos de género, y el femenino privilegia más los factores motivacionales intrínsecos a la hora de su elección, mientras que ellos valoran también los extrínsecos.

La desigualdad de género en enfermería puede influir en la elección de estos estudios, lo que requiere intervenir desde los modelos que se ofrecen en la infancia, hasta las campañas de información y sensibilización, como las que ya se han empezado por parte del Ministerio de Universidades, los propios centros universitarios y las organizaciones profesionales, evidenciar los referentes enfermeros masculinos, y orientar académica y profesionalmente a los futuros estudiantes universitarios sobre la base de la deconstrucción de género.

Referencias bibliográficas

- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2023). Reasons for choosing and completing nursing studies among incoming and outgoing students: A qualitative study. Nurse education today, 125, 105794. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105794
- Burguete Ramos, M. D., Martí González, G., López Gómez, J., y Martínez Riera, J. R. (2018). Acceso a los estudios de Enfermería en función del sexo de los estudiantes. Revista Rol de Enfermería, 41(7–8), 534–542. http://hdl.handle.net/10045/89367
- Hernández Franco, V., Rodríguez Ortega, M., Huerta Cebrián, P., & Ortega Latorre, Y. (2023). Perfil vocacional del alumnado de bachillerato que elige estudiar enfermería. REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 34(2), 47–65. https://doi.org/10.5944/reop.vol.34.num.2.2023.38066
- Hidalgo Blanco, M. Á. (2017). La decisión de estudiar enfermería: motivación y expectativas de los alumnos de primer curso de la Universitat de Barcelona. Universitat de Barcelona. https://hdl.handle.net/10803/457191
- Instituto Nacional de Estadística (2025). Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2024. https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPSC2024.html
- March-Amengual, JM., Cambra-Badii, I., Pineda Galán, C. et al. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on enrollment in undergraduate health-related studies in Spain. BMC Med Educ 23, 386. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04347-5
- Martínez Arribas, S., Macaya Alonso, E., Herrero Gutiérrez, A. I., Tomé Elena, M. del C., Zaragoza Pérez, P., & Velasco Serna, E. (2025). Motivaciones para elegir la profesión de enfermería: estudio en estudiantes y profesionales de la salud en 2024. Paraninfo Digital, (41), e41031o. https://ciberindex.com/c/pd/e41031o
- Martínez-Martínez, A., Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., Chacón-Cuberos, R., Hinojo-Lucena, M. A., y Espejo-Garcés, T. (2016). La elección de estudio superiores universitarios en estudiantes de último curso de bachillerato y ciclos formativos. Revista Electrónica Educare, 20 (1), 304-321. https://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.14
- Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (s.f). Estudiantes de nuevo ingreso en Grado. [Datos estadísticos]. Sistema Integrado de Información Universitaria. https://estadisticas.ciencia.gob.es/jaxiPx/Tabla.htm?path=/Universitaria/Alumnado/EEU_2025/GradoCiclo/NuevoIngreso/l0/&file=3_4_Mat_Sex_Nac_Amb_Univ.px&L=0

- Pérez-Ciordia, I., Pérez-Fernández, I., Herce, P. A., y Beroiz, B. I. (2022). Las razones que motivan a estudiar medicina o enfermería y grado de satisfacción con la profesión. Educación médica, 23(3), 100743. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100743
- Rodríguez-Martínez, M. C., Sánchez-Rivas, E., y Labajos-Manzanares, M. T. (2017). Vocación ocupacional y género en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15(1), 345-356. https://doi.org/10.11600/1692715x.1512130102015
- Solera-Gómez, S., Sancho-Cantus, D., Benedito-Monleón, A., Llinares-Insa, L.I. & Cunha-Pérez, C. (2024). Representación social de la enfermería tras la epidemia por COVID-19. ¿Qué ha cambiado?. Index de Enfermería, 33(2), e14727. https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246849

Voces del pasado: innovación y memoria en la Historia de la Enfermería mediante Spotify

Lorena-Lourdes Tejero Vidal[1]* y Marta Casas Orraj[2]

1 Universidad de Lleida, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida. Gestió de Serveis Sanitaris. ABS Lleida Rural Nord. Miembro de la Associació Febe d'Història d'Infermeria de llengua catalana. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida – Fundació Dr. Pifarré, IRBLleida (ROR: 03mfyme49).

2 Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Universitario Santa María.

*lorena.tejero@udl.cat

Introducción

La enseñanza de la historia de la enfermería ha enfrentado tradicionalmente el reto de transmitir conocimientos de manera memorística, centrada en hechos, cronologías y figuras relevantes (Velandia, 2011). Aunque permite estructurar el conocimiento histórico, suele resultar poco atractiva y desvinculada de la construcción de la identidad profesional (Martínez et al., 2023; Fundación Index, 2023). Como consecuencia, la historia de la profesión ocupa un lugar secundario en la motivación académica, pese a su relevancia para comprender la evolución del cuidado, los valores éticos y el papel social de la enfermería (Martínez et al., 2023).

Diversos autores han destacado la necesidad de renovar las estrategias didácticas incorporando metodologías activas que promuevan la reflexión crítica y la conexión emocional con el pasado profesional (Tejero et al., 2024; Yélamos et al., 2022). Las nuevas generaciones presentan fuerte vinculación con entornos digita-

les y contenidos multimedia, lo que convierte las herramientas digitales y los formatos narrativos en una oportunidad para transformar la enseñanza tradicional en experiencias más dinámicas, participativas y significativas (Evans et al., 2020; Öngör & Çetinkaya, 2023; López-Martín et al., 2025).

Entre estos recursos, el podcast se ha consolidado como una herramienta educativa con creciente presencia en el ámbito universitario. Los podcasts permiten el acceso flexible y asincrónico a contenidos formativos, facilitando que los estudiantes puedan aprender a su propio ritmo y adaptando el proceso de aprendizaje a sus necesidades personales y académicas (Kelly et al., 2022; Okonski et al., 2022; McCarthy et al., 2023). Este formato favorece experiencias de aprendizaje más personalizadas y accesibles, lo que resulta especialmente relevante en contextos educativos caracterizados por la digitalización y la diversidad de perfiles estudiantiles. Diferentes estudios han señalado que el uso de podcasts puede contribuir a mejorar la motivación, el compromiso del alumnado y la comprensión de los contenidos en diversas disciplinas de las ciencias de la salud (Öngör & Çetinkaya, 2023; López-Martín et al., 2025).

De manera particular, investigaciones recientes destacan el potencial pedagógico de los podcasts cuando se integran dentro de metodologías de aprendizaje activo. Desde esta perspectiva, el estudiante deja de ser un receptor pasivo de información para participar activamente en la construcción del conocimiento mediante procesos de reflexión, análisis y colaboración. El estudio de López-Martín et al. (2025) demuestra que la creación de podcasts en estudiantes de ciencias de la salud favorece el desarrollo de competencias transversales fundamentales para el ejercicio profesional, como la comunicación, la creatividad y el trabajo en equipo. En su investigación, realizada con estudiantes de enfermería y terapia ocupacional, más del 70% de los participantes percibió mejoras en su capacidad para expresar ideas con claridad y colaborar con sus compañeros durante la elaboración del podcast. Estos resultados refuerzan la idea de que el podcast no solo puede utilizarse como recurso de difusión de contenidos, sino también como estrategia pedagógica capaz de fomentar habilidades clave para la práctica clínica.

Además de su potencial didáctico, el podcast constituye un medio de divulgación científica cada vez más utilizado en el ámbito académico y profesional.

Plataformas digitales como Spotify han facilitado la difusión de contenidos educativos en formatos accesibles y atractivos para el público general, ampliando las posibilidades de comunicación del conocimiento más allá de los canales tradicionales (Arias, 2024; Espinosa, 2024; Villena, 2024). Este tipo de recursos resulta especialmente pertinente para acercar la historia de la enfermería a las nuevas generaciones, ya que combina el rigor histórico con un formato narrativo capaz de generar interés y empatía en el oyente.

En este contexto, la figura de Irena Sendler constituye un referente especialmente relevante para abordar la historia de la enfermería desde una perspectiva humanista y ética. Sendler, enfermera y trabajadora social polaca, fue conocida como el "Ángel del Gueto de Varsovia" por su labor en el rescate de miles de niños judíos durante la ocupación nazi en la Segunda Guerra Mundial (Mazzeo, 2016). Su historia representa un ejemplo de compromiso profesional, valentía moral y defensa de la dignidad humana en situaciones de extrema adversidad. La difusión de su trayectoria a través de formatos narrativos puede contribuir a reforzar la reflexión del alumnado sobre los valores fundamentales de la profesión enfermera y sobre el papel del cuidado en contextos históricos complejos (Pulgarín, 2012; Wieler, 2024).

A partir de estas premisas, la presente comunicación tiene como objetivo general fomentar la divulgación de la historia de la enfermería a través de nuevos canales digitales. Para ello, se presenta una experiencia docente innovadora basada en la creación y difusión de un podcast narrativo sobre la vida y acciones de Irena Sendler, utilizando la plataforma Spotify como herramienta principal. La propuesta se enmarca en un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque de investigación-acción educativa.

El proyecto consistió en la creación y difusión de un podcast diseñado no solo como recurso de información histórica, sino también como mecanismo de conexión emocional y motivacional para el alumnado. Considerando que la docencia en historia de la enfermería se desarrolla actualmente con generaciones de estudiantes fuertemente vinculadas a redes sociales y formatos digitales (López et al., 2025), la escucha del podcast se integró con actividades de reflexión individual, análisis crítico y debate guiado en el aula virtual, fomentando la participación, interacción y construcción compartida de significado. La evaluación se realizó median-

te cuestionarios de satisfacción, rúbricas de análisis reflexivo y seguimiento de la participación, con el objetivo de analizar la implicación del alumnado, su motivación y la eficacia del podcast como canal de divulgación científica (Parra & Onieva, 2024).

Desarrollo

Resultados de difusión del podcast en la plataforma Spotify

El análisis de los datos de difusión del podcast publicado en Spotify muestra un alcance relevante dentro del proceso de divulgación digital del proyecto. Uno de los indicadores más significativos fue la tasa de conversión de interés a consumo, que alcanzó el 26,2%, lo que implica que aproximadamente uno de cada cuatro usuarios interesados terminó reproduciendo el episodio (https://spotifycreators-web.app.link/e/VtcHkQcTX0b).

Este indicador es relevante en el contexto de la divulgación científica digital, donde la competencia por la atención del usuario es elevada. La tasa observada sugiere una capacidad moderada-alta del contenido para transformar la curiosidad inicial en escucha efectiva, indicando que el formato narrativo y el tema abordado lograron captar el interés de la audiencia.

Además, la utilización de una plataforma de amplia penetración como Spotify permitió ampliar el alcance del contenido más allá del entorno académico, facilitando la difusión del conocimiento histórico relacionado con la profesión enfermera a través de canales digitales accesibles y familiares para las nuevas generaciones de estudiantes.

Resultados del impacto en el alumnado

La valoración del impacto educativo del proyecto piloto se realizó mediante un cuestionario aplicado al alumnado participante (n = 126), que incluía tres ítems evaluados mediante escala Likert y una pregunta final de satisfacción global.

Percepción de innovación pedagògica

El 50,8% del alumnado (n = 64) manifestó estar totalmente de acuerdo con que el aprendizaje obtenido representó una novedad respecto a otras asignaturas,

mientras que el 40,5% (n = 51) se mostró algo de acuerdo. Solo un 7,9% (n = 10) adoptó una postura neutral y menos del 1% (n = 1) expresó desacuerdo. En conjunto, más del 91% del alumnado valoró positivamente la propuesta, percibiéndola como una experiencia diferenciadora dentro de su formación académica.

Adecuación de la metodología a la educación superior

El 43,7% del alumnado (n = 55) indicó estar totalmente de acuerdo con la idoneidad de la metodología para la educación superior, y el 41,3% (n = 52) se mostró algo de acuerdo. Un 11,1% (n = 14) adoptó una postura neutral y únicamente el 4% (n = 5) expresó desacuerdo. Más del 85% valoró positivamente la adecuación pedagógica de la metodología, reforzando su pertinencia en contextos universitarios.

Comparación con metodologías tradicionales

El 40,5% del alumnado (n = 51) se mostró totalmente de acuerdo en que la metodología resultaba más provechosa que enfoques tradicionales, mientras que el 35,7% (n = 45) se manifestó algo de acuerdo. Un 19% adoptó postura neutral y aproximadamente el 4,8% expresó desacuerdo. Más del 76% percibió la metodología como más beneficiosa que los métodos tradicionales, sugiriendo una valoración positiva de estrategias basadas en proyectos y en el uso de formatos digitales.

Nivel de satisfacción del alumnado

El grado de satisfacción global se evaluó mediante una escala de 0 a 10. La puntuación media fue de 8,26 (DE = 1,37), con mediana de 8 y valores entre 3 y 10. Esto evidencia un alto nivel de satisfacción, indicando que la incorporación de formatos digitales y narrativos puede mejorar la motivación y la implicación en el aprendizaje.

Reflexión sobre pensamiento crítico y ética

En conjunto, los resultados sugieren que Spotify no solo facilita el acceso y la motivación del alumnado, sino que también proporciona un espacio propicio para fomentar el pensamiento crítico y la reflexión ética. La combinación de contenidos históricos contextualizados, narrativa atractiva y familiaridad con el entorno

digital potencia la capacidad del alumnado para analizar, cuestionar y valorar críticamente la información recibida, promoviendo la formación de juicios reflexivos sobre la profesión enfermera y su evolución. Aunque existen oportunidades de mejora en el seguimiento interactivo, la experiencia refuerza el potencial de este enfoque metodológico para enriquecer el aprendizaje más allá de la transmisión memorística de conocimiento.

Conclusiones

La experiencia de incorporar un podcast narrativo sobre Irena Sendler demuestra que las TIC y los formatos digitales pueden transformar significativamente el aprendizaje universitario. Este enfoque facilita la difusión de contenidos históricos de manera accesible y motivadora, al tiempo que promueve competencias transversales, pensamiento crítico y construcción de juicios éticos sobre la práctica profesional.

La combinación de narrativas personales, metodología activa y plataformas como Spotify hace que la historia de la enfermería sea más cercana, emocional y significativa, fortaleciendo la identidad profesional y la conexión con los valores éticos de la disciplina. Asimismo, los recursos digitales generan altos niveles de satisfacción y compromiso, constituyendo un modelo replicable para otras asignaturas y contextos universitarios.

En definitiva, la integración de podcasts educativos en la docencia histórica representa una estrategia innovadora capaz de enriquecer la comprensión del contenido, la motivación, el análisis crítico y la reflexión ética del alumnado, superando la mera transmisión memorística de información y acercando la historia a las expectativas de las nuevas generaciones.

Referencias bibliográficas

- Arias, M.A. (2024). El podcast como herramienta de divulgación científica: comunicar para los oídos. Question, 78. https://doi.org/10.24215/16696581e919
- Espinosa Cevallos, P. A. (2024). Podcasts educativos como estrategia de marketing de contenidos: influencia en el engagement estudiantil y la retención académica. Revista Retos para la investigación. https://doi.org/10.62465/rri.v3n1.2024.73
- Evans, C. (2020). Podcasting in nursing and midwifery education: An integrative review. Nurse Education in Practice, 47, 102827. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102827
- Fundación Index. (2023, 4 de junio). ¿Cómo me gustaría aprender la historia de la Enfermería? NOOSFERA. https://www.fundacionindex.com/blog/5sem/
- Kelly, J. M., Perseghin, A., Dow, A. W., Trivedi, S. P., Rodman, A., & Berk, J. (2022). Learning through listening: A scoping review of podcast use in medical education. Academic Medicine, 97(7), 1079–1085. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004565
- López-Martín, O., Zabala Baños, M. del C., & Dorado Chaparro, J. (2025). Creating podcasts to develop communication and teamwork in nursing and occupational therapy. Teaching and Learning in Nursing, 20(4), e1113–e1118. https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.05.027
- Martínez Rodríguez, L., Muñoz Devesa, A., Amezcua, M., Santos Ruíz, S., & Tejero Vidal, L. (2023). Comunicar la Historia de la Enfermería en la universidad: motivación innovadora y co-creación. Temperamentvm, 19, e14540i. https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e14540i
- Mazzeo, T. J. (2016). Irena's Children: The story of Irena Sendler and the children she saved. ABC-CLIO.
- Okonski, R., Toy, S., & Wolpaw, J. (2022). Podcasting as a learning tool in medical education: Prior to and during the pandemic period. Balkan Medical Journal, 39(5), 334–339. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2022.2022-7-81
- Öngör, M., & Çetinkaya, E. (2023). The effect of multimedia-based education in e-learning on nursing students' academic success and motivation: A randomized controlled study. Nurse Education in Practice, 71, 103686. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103686

- Parra Valcarce, D., & Onieva Mallero, M. R. (2023). Posibilidades del podcast como instrumento estratégico para la divulgación científica en la plataforma iVoox. Documentación de las Ciencias de la Información, 46(2), 143-152. https://doi.org/10.5209/dcin.83743
- Pulgarín Bilvao, L. P. (2012). Irena Sendler: A nurse example of love of freedom. Investigación y Educación en Enfermería, 30(2), 277-288. https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072012000200014&script=sci_arttex
- Tejero Vidal, L., Martínez Rodríguez, L., & Subirana Casanovas, H. (2024). Trivial como herramienta de gamificación para el aprendizaje activo de la Historia de la Enfermería. Temperamentvm, 21, e2137. https://ciberindex.com/c/t/e2137
- United States Holocaust Memorial Museum. (s. f.). Irena Sendler describes how she was arrested and tortured by the Gestapo. Holocaust Encyclopedia. https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/oral-history/irena-sendler-describes-how-she-was-arrested-and-tortured-by-the-gestapo
- Yélamos-Guerra, M. S., García-Gámez, M., & Moreno-Ortiz, A. J. (2022). The use of TikTok in higher education as a motivating source for students. Porta Linguarum, 38, 83–98. https://revistaseug.ugr.es/index.php/portalin/article/view/21684
- Velandia Mora, A. L. (2011). Fundamentos teórico-metodológicos de investigación en historia de la enfermería. Cultura de los Cuidados, 31, 118–126. https://doi.org/10.7184/cuid.2011.31.15
- Villena Alarcón, E.A. (2024). El podcast como herramienta para el aprendizaje activo de la investigación científica. Universidad de Málaga. riuma.uma.es https://hdl.handle.net/10630/32054
- Wieler, J. (2024). The long path to Irena Sendler. Social Work & Society. Recuperado de https://ejournals.bib.uni-wuppertal.de/index.php/sws/article/view/185/591

Conferencias y ponencias

11

Memoria, biografía y trayectorias profesionales



Análisis de género e identidad profesional: evolución de los colegios en la enfermería gaditana (1899-1944)

Manuel Cano Leal y Mariana García González*
Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz (GIHEG).
*cordo_besa@hotmail.com

Introducción

El siglo XX marca el punto de partida para la consolidación del cuerpo científico y la profesionalización de los cuidados en España. En la provincia de Cádiz, este proceso de institucionalización da un paso decisivo con la fundación del Colegio de Practicantes de Cádiz el 8 de diciembre de 1899, bajo la presidencia de José Núñez Ramírez. Sin embargo, la evolución de esta institución y de las profesiones sanitarias auxiliares estuvo profundamente atravesada por una tensión constante entre la profesionalización técnica y los roles de género asignados por la sociedad de la época. El presente trabajo analiza cómo se forjó la identidad profesional de la enfermería gaditana desde la creación de su órgano colegial hasta la unificación de las profesiones en 1944.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es analizar la evolución de la identidad corporativa y la institucionalización de la enfermería en la provincia de Cádiz entre los años 1899 y 1944, aplicando una perspectiva de género.

De este propósito general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Examinar las tensiones y el conflicto de competencias entre las distintas ramas de los cuidados (practicantes, enfermeras y matronas), evidenciando cómo dichas disputas estuvieron profundamente condicionadas por los estereotipos y roles de género de la época.
- Visibilizar y recuperar del olvido las trayectorias biográficas de las mujeres pioneras que desafiaron el "atavismo" social, logrando invadir espacios académicos, institucionales y laborales tradicionalmente dominados por hombres.
- Evaluar el papel del asociacionismo colegial gaditano y de la prensa profesional como motores fundamentales para la dignificación, defensa y unificación de las profesiones sanitarias auxiliares.

Metodología

Se ha diseñado una investigación histórica de carácter descriptivo y retrospectivo. El abordaje metodológico se ha fundamentado en una exhaustiva minería de datos basada en la consulta, recuperación y análisis crítico de fuentes primarias.

Los resultados de este trabajo se derivan de las aportaciones del libro "Historia de la Enfermería Gaditana y su Colegio Provincial (1899-1944)", cuya autoría coincide con la de este trabajo. Para su realización, la búsqueda documental se ha centrado en los siguientes fondos y recursos:

- Archivos institucionales y académicos: Se han vaciado y analizado las actas colegiales y registros del Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz (AHCOECA), así como los expedientes académicos, actas de grado y títulos depositados en el Archivo de la Universidad de Cádiz (AUCA).
- Hemeroteca y prensa profesional: Ha sido fundamental el estudio socio-profesional extraído del análisis continuo de la revista corporativa "El Practicante Gaditano" (1916-1939) –órgano oficial del Colegio que se erigió como principal defensor de la clase–, complementado con el vaciado del Diario de Cádiz y la consulta de otras publicaciones como la Gaceta de Madrid para el seguimiento de Reales Órdenes y legislación sanitaria.

A partir de estas fuentes, la estrategia metodológica incluyó la reconstrucción de biografías de figuras clave, lo que permitió dotar a la narrativa de un enfoque humano y personal. Asimismo, se aplicó un tratamiento crítico a los discursos y representaciones de la época, abordando con especial sensibilidad la dinámica de poderes, las resistencias al cambio y la desigualdad de género manifiestas en las instituciones sanitarias del momento.

Resultados

El conflicto de competencias y la brecha de género

A principios del siglo XX, la identidad profesional de los cuidados estaba estrictamente dividida. Por un lado, los "practicantes", en su inmensa mayoría varones, defendían su estatus como auxiliares técnicos y quirúrgicos del médico. Por otro lado, los cuidados vinculados a la asistencia básica y doméstica eran considerados propios de la condición femenina, a menudo ejercidos por vocación o caridad a través de órdenes religiosas como las Siervas de María.

La brecha de género se institucionalizó de forma verdaderamente conflictiva cuando, a instancias de las propias Siervas de María, se promulgó la Real Orden de 1915 que creó oficialmente la carrera de Enfermera. Esta medida fue recibida por los practicantes como un "atropello inaudito" y una amenaza directa a su supervivencia laboral y estatus social. Desde el Colegio de Cádiz se enviaron telegramas al Ministerio de Instrucción Pública exigiendo la derogación de la ley, argumentando que la creación de las enfermeras aniquilaba su carrera y reducía a la miseria a los practicantes.

La postura de los practicantes masculinos frente a las enfermeras estaba cargada de los estereotipos de la época. Ante la aparición formal de la figura de la enfermera, el colectivo de practicantes exigió una delimitación estricta de funciones, proponiendo que a las enfermeras se les relegara a la "parte mecánica de la medicina", mientras que el "tecnicismo" y las labores de cirugía menor debían corresponder en exclusiva al practicante varón.

Esta resistencia masculina a compartir espacios de poder o reconocimiento se hizo patente frente a otras iniciativas femeninas, como la creación de las "Enfer-

meras Sanitarias" (visitadoras) en 1923, argumentando que los varones también poseían la moralidad y abnegación que se presuponía exclusiva de las mujeres. Del mismo modo, las Damas Enfermeras de la Cruz Roja, a pesar de su destacada labor en la Guerra de Marruecos, fueron ensalzadas por unos, pero también atacadas por ciertos sectores de la prensa practicante, calificándolas de "inútiles esperpentos" movidas únicamente por el afán de figurar socialmente.

Pioneras en la deconstrucción del género

A pesar de este entorno hostil y del marcado "atavismo" social que consideraba que la instrucción científica mermaba la "sencillez" de la mujer, diversas profesionales gaditanas rompieron estos moldes e invadieron "honradamente" el campo profesional tradicionalmente masculino.

Destaca la figura de María de los Ángeles de la Vega Morales, la primera mujer colegiada en el Colegio de Practicantes de Cádiz en el año 1916. En un artículo publicado en la revista colegial El Practicante Gaditano bajo el título "Inteligencia Femenina", de la Vega defendió valientemente que el estudio y la obtención de un título no alejaban a la mujer de sus labores propias, sino que suponían un esfuerzo supremo para ocupar el puesto intelectual que le estaba reservado en la sociedad. Su excepcional capacidad quedó demostrada al obtener simultáneamente los títulos de Matrona y Practicante con calificaciones de sobresaliente en la Facultad de Medicina de Cádiz.

Otra pionera fundamental en la ruptura de fronteras físicas y laborales fue Natividad Núñez Gallardo, quien en 1920 obtuvo su título de Practicante con sobresaliente. Núñez rompió la barrera de la inmovilidad asignada a la mujer cuidadora al embarcarse como profesional técnica en el trasatlántico Alicante con rumbo a Manila, desafiando la idea de que las mujeres no podían ejercer cuidados complejos en la dura navegación transoceánica.

En el ámbito formativo y de emancipación social, María del Mar Terrones Villanueva, doctora en medicina, ofreció clases gratuitas de cuidados a mujeres obreras gaditanas con el objetivo de que obtuvieran un diploma y, fundamentalmente, una remuneración adecuada por sus servicios. De este modo, ayudó a alejar el cuidado del concepto de mera caridad para acercarlo al de una profesión técnica y asalaria-

da.

Por su parte, el colectivo de las matronas también protagonizó su propia lucha por la autonomía y el reconocimiento, separada del control masculino. En julio de 1928 se constituyó el Colegio Provincial de Matronas de Cádiz, liderado por María de la Torre Coca como su presidenta fundadora. Esta institución, conformada exclusivamente por mujeres, buscó defender a las profesionales frente a las intromisiones y el intrusismo, en un claro esfuerzo por consolidar su propia parcela de gestión institucional.

Hacia la unificación de los cuidados

La pugna entre las diferentes ramas de los cuidados (practicantes, matronas y enfermeras) se mantuvo latente durante décadas, marcando un claro divisionismo. A lo largo de su historia, el colectivo de practicantes reclamó en varias ocasiones la creación de un cuerpo único para consolidar la profesión, elevar su prestigio académico y defenderse del intrusismo:

En la V Asamblea de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes Españoles, celebrada en octubre de 1926, el Comité Ejecutivo elevó a los poderes públicos la propuesta formal para la creación de un "único auxiliar de la función médica". Los practicantes pedían que este título oficial fuese accesible para ambos sexos y que su programa de estudios estuviera adecuado al que ya se exigía a los practicantes, teniendo como base formativa el Bachiller elemental.

Años más tarde, en febrero de 1938, el Colegio de Practicantes de Valladolid envió una circular a todos los colegios planteando cuál sería la mejor fórmula para el futuro de la profesión. La opción que propugnaban era "la desaparición de los actuales títulos de Practicante, Matrona y enfermeros y enfermeras tituladas y diplomadas, y en su lugar crear el título único de AUXILIAR DE SANIDAD". Esta reforma de la carrera era una aspiración que ya se había recogido en la Asamblea General celebrada en Madrid en 1913.

Sin embargo, no fue hasta finalizada la Guerra Civil cuando el Estado impuso la solución jurídica definitiva a esta división histórica. Mediante la Orden del 22 de diciembre de 1944, se dispuso que el Consejo General y sus colegios provinciales pasaran a denominarse de Auxiliares Sanitarios, quedando formados de manera

unificada por practicantes, comadronas y enfermeras tituladas.

Conclusiones

El análisis histórico de la institución colegial gaditana entre 1899 y 1944 demuestra que la configuración de la actual identidad enfermera no fue un proceso pacífico ni exento de obstáculos. Estuvo atravesado por una profunda lucha de identidades profesionales fuertemente condicionadas por el género.

Las mujeres pioneras de la enfermería gaditana tuvieron que enfrentarse no solo a la precariedad del sistema sanitario de la época, sino también a la fiera resistencia de sus propios compañeros varones, quienes veían en su avance normativo una amenaza económica y técnica. La paulatina incorporación de la mujer a los estudios científicos oficiales, su irrupción en espacios laborales inéditos y la creación de sus propios órganos de representación colegial, fueron los motores de cambio que permitieron deconstruir el estereotipo de la mujer como cuidadora doméstica o piadosa, transformándola en la profesional técnica y científica que, en 1944, convergería finalmente con los practicantes en un único y moderno cuerpo sanitario. Aunque esto no fue suficiente para sentar las bases definitivas de la igualdad en la profesión, si fue un paso fundamental para caminar hacia ella.

Bibliografía y fuentes documentales

- Cano Leal, M., & García González, M. (2025). Historia de la enfermería gaditana y su Colegio Provincial (1899-1944). Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.
- Archivo de la Universidad de Cádiz (AUCA).
- Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz (AHCOECA).
- Revista Profesional El Practicante Gaditano (1916-1939).
- Hemeroteca del Diario de Cádiz.

Carmen Angoti Mesa. Precursora de la gestión y el liderazgo de enfermería en España

Mariana García González* y Manuel Cano Leal
Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.
*cordo_besa@hotmail.com

Introducción

La historia de la enfermería española contemporánea no puede comprenderse sin analizar la profunda influencia de la Cruz Roja Española (CRE) y la creación de su Cuerpo de Damas Enfermeras. Formalizado normativamente mediante un Real Decreto el 28 de febrero de 1917, este cuerpo nació bajo el impulso y la Jefatura Suprema de la reina Victoria Eugenia de Battenberg. Sin embargo, la concepción inicial de este grupo de mujeres voluntarias, pertenecientes a la aristocracia y la alta burguesía, estaba fuertemente mediada por un enfoque patriarcal. La enfermería se entendía casi como una extensión de las labores domésticas y caritativas, un "género natural" del cuidado caracterizado por la vocación, la moralidad y una estricta subordinación al estamento médico.

A principios del siglo XX, la asistencia directa al enfermo, en su vertiente técnica, se consideraba obra exclusiva del médico. A la mujer cuidadora se le prescribía un rol pasivo, maternal y abnegado. El objetivo de este trabajo es analizar la trayectoria de María del Carmen Angoloti y Mesa, Duquesa de la Victoria (1875-1959), para demostrar cómo su actuación organizativa, clínica y de liderazgo durante la Guerra del Rif supuso una ruptura histórica. Su figura permitió deconstruir el género

del cuidado, transformando un modelo basado en la caridad subordinada en uno cimentado en la gestión científica, la logística y la reivindicación de la autonomía profesional en contextos de crisis extrema.

Objetivo general y específicos

El objetivo general consiste en analizar la trayectoria biográfica y profesional de Carmen Angoloti, para demostrar cómo su liderazgo, capacidad de gestión y acción clínica durante la Guerra del Rif (1921-1925), deconstruyeron el rol de género tradicional y pasivo asignado al cuidado, transformándolo en un ejercicio de autonomía y reivindicación profesional.

Los objetivos específicos que se derivan del anterior son:

- Examinar el modelo formativo inicial del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja, caracterizado por un enfoque patriarcal que limitaba intencionadamente el conocimiento científico de la mujer, para mantenerla en una función de caridad estrictamente subordinada y auxiliar del médico.
- Profundizar en la actuación logística y de mando de Carmen Angoloti tras el colapso sanitario del Desastre de Annual (1921), evidenciando como rompió los estereotipos de género al asumir la dirección de los hospitales, enfrentarse a la jerarquía militar e instaurar criterios de atención basados en la urgencia vital y no en el rango militar.
- Valorar el impacto histórico de su toma de posición en la profesionalización de la enfermería española, estableciendo sus paralelismos internacionales (la Florence Nightingale española) para evidenciar la transición del cuidado desde una labor filantrópica femenina hacia una disciplina científica y de gestión sociosanitaria.

Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación histórica de carácter cualitativo y un análisis documental. El abordaje teórico se apoya en el Modelo Estructural Dialéctico de los Cuidados (Siles, 1999), analizando las tensiones entre la Unidad Funcional (Cruz Roja Española) y el Elemento Funcional (la mujer como agente cuidador).

Las fuentes primarias analizadas incluyen reglamentos de la época, como las instrucciones generales del Cuerpo de Damas Enfermeras de 1917, el Manual de la enseñanza de enfermeras del Dr. Mariano Fernández-Corredor (1917-1918), memorias de los hospitales de la Cruz Roja en África y diversas fuentes hemerográficas y biográficas contemporáneas e historiográficas de las bases de datos CUIDEN y Dialnet.

Resultados

El rol prescrito: La formación limitante y patriarcal

Para entender la magnitud de la ruptura que protagonizó Carmen Angoloti, es preciso analizar primero la formación que recibieron las primeras promociones de Damas Enfermeras. Carmen Angoloti inició sus estudios en 1917, obteniendo el título de segunda clase en 1918 y el de primera clase en 1920.

Los manuales de estudio de la época reflejan una clara condescendencia formativa hacia la mujer. El manual del Dr. Fernández-Corredor, publicado en Valladolid en 1917, buscaba ser "breve en la exposición" para que "fuera amena su lectura". La intencionalidad del estamento médico era limitar el conocimiento científico de la enfermera para mantenerla en un rol estrictamente auxiliar. El propio autor justificaba la omisión de detalles anatómicos (como las inserciones musculares) argumentando que no era "necesario el conocer por la enfermera y sería fatigar su mente. Se evitaba profundizar en la técnica para no caer en el ridículo de explicando a la enfermera lo que debe conocer sólo el médico, asegurando que para ser médico están las Facultades de medicina".

Este modelo formativo prescribía a la Dama Enfermera no como una profesional autónoma, sino como un consuelo y un "auxiliar modesto y obediente" que jamás debía discutir las órdenes ni tomar iniciativas propias.

El rol ejecutado: Liderazgo y gestión en el Desastre de Annual

Este marco de subordinación estalló en julio de 1921 con el Desastre de Annual. Ante el colapso absoluto de la Sanidad Militar, que carecía de recursos, higiene y personal para atender a miles de heridos, la reina Victoria Eugenia envió a Melilla a

un equipo liderado por Carmen Angoloti. Le dijo "Vete allí y verás lo que puedes hacer".

A su llegada, Angoloti se encontró con la resistencia de los mandos militares. El coronel Francisco Triviño, jefe de la Sanidad Militar, se opuso a su intervención considerándola una injerencia, un incordio o una frivolidad la presencia de esas mujeres en medio del caos. La respuesta de Angoloti, "O con usted o contra usted. Es orden de la Reina y basta", no solo simbolizó la imposición de la autoridad delegada, sino la rebelión de la mujer ante una jerarquía patriarcal que la invalidaba para la gestión de crisis. Demostró que una mujer podía ejercer autoridad y destreza en un entorno bélico dominado por hombres.

Angoloti deconstruyó el rol de la enfermera caritativa pasiva, asumiendo tareas de alta gestión, logística y mando. En apenas un mes (4 de agosto de 1921), logró levantar de la nada un hospital de 100 camas, en el Colegio de los Hermanos de la Doctrina Cristiana y otro de 200 camas en el Grupo Escolar. Ella misma se encargó de gestionar los suministros, comprar camas a navíos extranjeros, organizar el instrumental y llevar la contabilidad.

Transformó por completo la asistencia, imponiendo criterios científicos que desafiaban las normas militares de la época:

Clasificación clínica: Ordenó clasificar y atender a los ingresados estrictamente por la gravedad de sus heridas y no por su grado o rango militar.

Asepsia y Nutrición: Instauró una vigilancia exhaustiva de la limpieza, la antisepsia y la alimentación, erradicando las condiciones infrahumanas de los hospitales militares donde los heridos se hacinaban entre parásitos.

Mando Logístico: Fue nombrada Inspectora General de Hospitales de la zona de Marruecos (1924-1927), viajando constantemente —incluso en aeroplano— para supervisar los frentes, organizar trenes y buques-hospital para evacuaciones, y fundar nuevos centros en Tetuán, Larache, Ceuta y Cala Bonita.

El político Indalecio Prieto, testigo de aquellos hechos, la describió como la "única heroína de esta guerra, mujer admirable que curó y consoló a los heridos, amortajó cadáveres, clavó ataúdes".

Paralelismos internacionales y consolidación profesional

La historiografía enfermera encuentra claros paralelismos entre Carmen Angoloti y Florence Nightingale, al punto de ser denominada la "Nightingale española" por la Real Academia Nacional de Medicina. Ambas mujeres, respaldadas por el poder monárquico de sus respectivos países, se enfrentaron a la desastrosa gestión de la sanidad militar (en Crimea y Marruecos, respectivamente). Ambas impusieron el orden, la estadística, la higiene y la gestión de suministros por encima de los prejuicios de los oficiales médicos.

El impacto de su labor propició un cambio en la imagen social de la enfermera. Angoloti demostró que la enfermería requería de un "temperamento inquieto, voluntad férrea, tenaz e incansable", despojándola del simple halo de docilidad. En 1925, el Comité Internacional de la Cruz Roja reconoció su trascendencia internacional otorgándole la Medalla Florence Nightingale, siendo la primera española en recibirla. Asimismo, fue la primera mujer condecorada con la Gran Cruz del Mérito Militar con distintivo rojo.

Conclusiones

El estudio de la figura de Carmen Angoloti, Duquesa de la Victoria, resulta indispensable para deconstruir el género del cuidado en la historia de la enfermería española. La documentación demuestra que, si bien la formación inicial de las Damas Enfermeras estaba diseñada desde una perspectiva patriarcal para producir cuidadoras dóciles, sumisas y de conocimiento limitado, la realidad del conflicto bélico obligó a una redefinición drástica de su rol.

Angoloti utilizó su posición social para dinamitar los techos de cristal impuestos por la jerarquía militar y médica. Al imponer la gestión técnica, la distribución de recursos basada en la gravedad (y no en el rango social) y el mando logístico, reivindicó la enfermería como una profesión científica y organizativa, no como una mera extensión de la caridad femenina. Su toma de posición histórica cimentó las bases para el posterior desarrollo y reconocimiento universitario de la enfermería en España, demostrando que en el centro del cuidado no hay debilidad, sino un ejercicio firme de liderazgo, competencia y defensa irrenunciable de la vida humana.

Bibliografía

- Angoloti de Cárdenas, I. (1958). La Duquesa de la Victoria. Madrid: Talleres Gráficos Altamira.
- Cruz Roja Española. (1928). Reglamento del Cuerpo de Damas Enfermeras y Programas para su enseñanza. Madrid: Ernesto Catalá.
- Fernández-Corredor y Chicote, M. (1918). Manual de la enseñanza de enfermeras: curso 1917-1918. Valladolid: Talleres Tipográficos "CUESTA".
- Jiménez Estacio, M. M. (2020). María del Carmen Angoloti y Mesa. Duquesa de la Victoria y pionera de la enfermería española. XII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres, 425-436. Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén.
- Mas Espejo, M. (2018). Las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española durante el reinado de Alfonso XIII (1914 -1931). Madrid: Dykinson.
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Sesión Científica en torno a la figura de Carmen Angoloti, Duquesa de la Victoria. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Siles González, J. (1999). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara.

A propósito de un caso del proyecto "*Preservem* la *Memòria*": testimonio de tres enfermeras de San Juan de Dios de Barcelona

Amelia Guilera Roche* y Anna Ramió Jofre
Investigadoras de la Asociación Febe en historia de la Enfermería.
*ameliaguilera56@gmail.com

Introducción

El Hospital Sant Joan de Déu fue fundado el 14 de diciembre de 1867 en la calle Muntaner de Barcelona por parte de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, siendo entonces el primer hospital infantil de España. Atendía principalmente a menores con tuberculosis y otras malformaciones congénitas del aparato locomotor. Cuando abrió el Hospital de la calle Muntaner, tenía 6 niños ingresados y una comunidad de tres hermanos. En cuatro años, el número de pacientes hospitalizados llegó a 50. Pronto se vio que el lugar no era el adecuado, ya que estaba rodeado de viviendas, fábricas y talleres que impedían el necesario reposo de los niños ingresados.

En 1881, el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona se trasladó a unos terrenos ubicados entre la actual Avenida Diagonal y la calle Déu i Mata. Tenía una capacidad para 150 menores y atendía básicamente a niños con escrofulosis y raquitismo y fue incorporando otras patologías como los problemas dermatológicos, especialmente la tiña, y la ceguera. Posteriormente, se añadieron los tratamientos traumatológicos, se practicaban intervenciones quirúrgicas para el alargamiento de huesos, se realizaban trasplantes de inserciones tendinosas y se usaban tendones artificiales e injertos óseos, realizándose intervenciones muy avanzadas para la

época. En los años sesenta, los Hermanos de San Juan de Dios deciden un nuevo traslado del Hospital a Esplugues del Llobregat, pasando a ser un hospital materno infantil, con atención obstétrica y pediátrica a pacientes hasta los 18 años. Este Hospital se inaugura el 3 de febrero de 1973. Por primera vez en la historia del centro se incorporan mujeres enfermeras para prestar allí sus servicios profesionales.

El proyecto "*Preservem* la *memòria*" del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona se inicia en octubre del 2021. Ha entrevistado en profundidad a tres enfermeras que trabajaron en el hospital, dos de ellas María Padró Hernández (MP) y Teresa Santaliestra Fierro (TS) lo hicieron desde sus inicios, y la tercera enfermera Marta Trias Jover (MT) se incorporó unos años después.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la evolución de los cuidados en innovación y humanización en el hospital de San Juan de Dios de Barcelona, des de sus inicios.

Metodología

La metodología se basa en un estudio cualitativo de historia oral, de fuentes directas a través de entrevistas extensas y semiestructuradas y fuentes documentales. Se aplican los criterios de rigor y éticos. Se realiza un análisis de contenido, desde las siguientes dimensiones analíticas: innovación tecnológica y humanización de los cuidados, y rol hospitalario de los hermanos de San Juan de Dios.

Desarrollo

Con la incorporación progresiva de la tecnología más puntera de la época, y el cuidado humanizado, en pocos años, se logró aumentar la supervivencia de niños y niños prematuros y curación de los menores ingresados. El trabajo en equipo de una plantilla que en la década de los años setenta era joven y comprometida, junto el apoyo incondicional de los Hermanos ATS de la Orden Hospitalaria, que ocupaban lugares de trabajo de diferente responsabilidad fue determinante.

Innovación tecnológica

El Hospital totalmente nuevo incorpora tecnologías novedosas en aquel momento, como las incubadoras, para la atención de los prematuros, que, aunque escasas y con funcionamiento primario, su papel fue esencial. Diversos testimonios lo explican "*había tres incubadoras que estaban en la unidad de prematuros*" MP; y según refieren se trataba de incubadoras sencillas "*las incubadoras de aquel tiempo no tienen nada que ver con las de ahora, eran muy básicas, prácticamente solo servían para dar calor*" TS, "*no tenían tantos controles ni alarmas*" MP, pero les daban un buen uso "*cuando llegaba un recién nacido prematuro, lo poníamos directamente en la incubadora porque necesitaba una temperatura constante*" MP. A través de los años la incorporación de nuevos equipos hizo posible el avance en tratamientos y cuidados "*la tecnología avanzó mucho y se notó en las plantas*" TS, destacan especialmente que "*fue un cambio muy grande cuando llegaron los sistemas de monitorización*" MP. Estos cambios suponen también un cambio en la forma y organización del trabajo "*se empezó a trabajar de forma mucho más especializada, ya no era todo tan general*" MP, "*se fueron profesionalizando los servicios, modificando las maneras de trabajar*" TS, y paralelamente se facilitó la formación de las enfermeras, "*cada vez había más formación y era más especializada. Hubo una gran evolución en la atención a los niños*" TS; las informantes reconocen el gran esfuerzo del Hospital para innovar "*el Hospital siempre intentaba estar al día"* TS y adaptarse "*el Hospital fue evolucionando, adaptándose a los nuevos tiempos y a las necesidades de los pacientes*" MP.

Humanización de los cuidados

Juntamente a la innovación tecnológica, las enfermeras fueron incorporando tratamientos de cuidados sin maquinas, aunque igualmente efectivos y cercanos a progenitores y infantes, como explica María Padró "*unas cuantas enfermeras queríamos practicar el método canguro, yo como supervisora estaba de acuerdo", pero los médicos del servicio no estaban de convencidos " me decían -¡que barbaridad!, esto se hace en Sudamérica por que no tienen medios-*", ellas con decisión continuaron apoyando el método "*[a la madre] la dejábamos entrar cuando no había médicos en*

el pasillo y alguien se quedaba vigilando por si venía el médico de guardia", aunque era un riesgo hacerlo "*si nos pescaban para la enfermera que hubiera allá, era bronca segura*". Paralelamente reunieron evidencias científicas que mostraran la efectividad del método, e incluso promovieron estudios en la misma unidad.

Otro avance de las enfermeras, en esta misma línea, fue conseguir que padres y madres pudieran estar con sus hijos las veinticuatro horas "*al principio los padres solo podían venir unas horas concretas, luego se permitió que se quedaran más tiempo, hasta que finalmente fueron 24 horas*" TS, lo que significó muchos cambios "*el hospital abrió las puertas a las familias y eso cambió mucho la forma de trabajar*" MP, no todos los profesionales estaban de acuerdo "*generalmente el niño se portaba mejor sin los padres, lloraba el niño, lloraba la madre, costó que se aceptara que estuvieran allí las 24 horas*" MT, pero la mayoría de profesionales hacían todo lo posible para facilitar a las familias poder ver a los niños, "*las enfermeras luchamos pero a base de bien. Porque cogíamos una cunita, la sacábamos fuera a una punta del pasillo o al despacho nuestro para que pudieran estar con los padres*" TS, hasta mostrar que era lo mejor para los pacientes "*se entendió que la presencia de los padres ayudaba mucho en la recuperación de los niños*" MP.

Rol hospitalario de los hermanos de San Juan de Dios

Destacan el papel de los hermanos de San Juan de Dios, enfermeros como ellas que participaban de las tareas en el Hospital y ayudaban en todo lo posible, como cuenta la enfermera María Padró "*teníamos diez lactantes en una habitación y la dotación era de una enfermera y una auxiliar, a la hora de los biberones llamábamos a Curia: Hermanos es la hora de los biberones*" y la solicitud era respondida "*entonces bajaban todos los hermanos que tenían disponibilidad y nos ayudaban a dar los biberones y a bañar a los niños*" . La presencia de los Hermanos de San Juan de Dios era constante "*ellos hacían sus turnos como nosotras y si teníamos una urgencia acudían, aunque fuera su día libre*" TS, ayudaba que la comunidad de hermanos viviera en el mismo edificio del Hospital "*llamabas y en minutos ya estaban allí*" MT. Los hermanos transmitían los valores de la Orden a los trabajadores "*ellos eran muy humanos, intentaban que todos lo fuéramos, que estuviéramos pendientes de los pacientes, que el nuestro fuera un Hospital humano*" MT.

Conclusiones

La incorporación de las enfermeras mujeres en el Hospital de San Juan de Dios en los inicios de los años 70, constituye el primer elemento innovador en la trayectoria del hospital, la incorporación gradual de la tecnología comporta la necesidad de formación especializada y modifica la organización del trabajo. De forma continuada, se incorporan innovaciones no tecnológicas como el "*método canguro*" y la abertura del hospital a las familias las 24 horas, innovaciones que en algunos casos fueron difíciles de implementar, tanto por las resistencias de los propios enfermeros, como por la oposición de los médicos de las unidades. Es de justicia destacar el papel de los hermanos de San Juan de Dios, tanto en los aspectos de ayuda como en los de humanización, así como en la transmisión de valores de la Orden.

Las historias profesionales de las tres enfermeras estudiadas, aportan mucho más contenido que se debe visibilizar y trabajar, aparte de sus inicios en neonatología, dos de ellas estuvieron en ontología y dos también desarrollaron puestos de supervisión. Una de ellas fue durante mucho tiempo la responsable de formación continuada del Hospital, aportando una mirada diferente del desarrollo profesional y velando por la capacitación contante de sus colegas.

Se deben trabajar otras dimensiones de análisis de las fuentes orales contenidas en el repositorio, para seguir investigando sobre la evolución de los cuidados en el hospital infantil de San Juan de Dios desde su inauguración en 1973.

Bibliografía

- Corbetta, P. (2007), Metodología y técnicas de investigación social, Madrid, McGraw Hill/Interamericana de España.
- Entrevista a María Padró Hernández para el proyecto “Preservem la memòria” https://preservemlamemoria.coib.cat/ca/testimonis/128. Col.legi Oficial d’infermeres i infermers de Barcelona
- Entrevista a Marta Trias Jover para el proyecto “Preservem la memòria” https://preservemlamemoria.coib.cat/ca/testimonis/108. Col.legi Oficial d’infermeres i infermers de Barcelona
- Entrevista a Teresa Santaliestra Fierro para el proyecto “Preservem la memòria” https://preservemlamemoria.coib.cat/ca/testimonis/60. Col.legi Oficial d’infermeres i infermers de Barcelona
- Ferrarotti, F. (2007), «Las historias de vida como método», Convergencia, 14 (44), 15-40.
- Proyecto Preservem la memoria en: https://preservemlamemoria.coib.cat/
- SJD Sant Joan de Déu (2026) Quienes somos. Historia. https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/hospital/quienes-somos/historia

Tres décadas de historiografía enfermera: revisión de las aportaciones científicas en los congresos del SEPIHE

Francisco Javier Castro-Molina[1,2]*, Ramón del Gallego Lastra[1,3]

1 Miembros del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE).

2 Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria, Servicio Canario de la Salud-Universidad de La Laguna.

3 Departamento de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid.

*fcastrom@ull.edu.es

Introducción

El Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) se ha creado en 1991 como un lugar de encuentro de investigadores de Historia de Enfermería y en estos años se ha consolidado como un referente fundamental para el rescate de la memoria profesional en España.

El objetivo de este texto es revisar la producción científica generada a través de sus congresos, examinando cómo estos foros han contribuido a dotar de rigor académico a la disciplina enfermera mediante el intercambio de conocimientos y el estudio de sus fuentes históricas.

La presente comunicación se inscribe en los proyectos de investigación desarrollados dentro de la línea 970926 - HUCI-Salud - HUMANIDADES, CIENCIA Y SALUD. Este grupo de investigación, con sede en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, centra su actividad en el área de Salud y Ciencias Sociales.

El trabajo presentado emana directamente de la actividad del Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería (SEPIHE), núcleo fundacional del grupo desde 1989, y se alinea con los objetivos de análisis histórico y sociológico de la profesión enfermera del presente trabajo. De este modo, el estudio contribuye a la consolidación de la enfermería como cuerpo de conocimiento científico y humanístico, eje central de la producción académica de esta unidad de investigación.

Como objetivos nos hemos marcado los siguientes:

- Documentar la evolución de la producción científica: Cuantificar y analizar la trayectoria histórica de las comunicaciones y pósteres presentados en los congresos del SEPIHE (1992-2024) para identificar los periodos de mayor crecimiento y consolidación académica.
- Mapear la influencia geográfica e internacionalización: Identificar los principales núcleos de producción por comunidades autónomas y analizar el alcance internacional del Seminario, destacando la participación de países iberoamericanos como motor de intercambio de conocimiento.
- Analizar el perfil de autoría y colaboración: Evaluar la progresión en el número de investigadores participantes, observando cómo el SEPIHE ha servido de plataforma para el desarrollo de redes de investigación en historia de la enfermería.
- Poner en valor las fuentes para la memoria histórica: Examinar el uso de fuentes primarias y metodologías cualitativas en las aportaciones científicas como herramienta fundamental para la preservación de la memoria profesional y la construcción de la identidad enfermera.

Metodología

La presente investigación se fundamenta en una metodología de tipo **histórico-cualitativa**, situada en la intersección de la historia de la enfermería y la sociología de las profesiones. Como eje central de este análisis, se ha diseñado un **proyecto piloto** que toma como referencia los encuentros científicos celebrados por el **SEPIHE** entre 1992 y 2024.

Para este estudio inicial, el equipo de investigación ha seleccionado como referentes fundamentales aquellos congresos que marcaron hitos evolutivos en la disciplina:

- **Madrid (1992)**: Por su valor fundacional como la primera jornada de la sociedad.
- **Valencia (1994)**: Considerado punto de inflexión y consolidación científica. Construye el primer congreso nacional de la sociedad.
- **Alcalá de Henares (2003)**: Construye el primer congreso internacional de la sociedad.
- **Sevilla (2001)**: Como referente clave en la trayectoria de estos encuentros.
- **Santander (2015)**: Por haber alcanzado el mayor índice de participación histórica.

A partir de esta selección, se procederá al análisis de las aportaciones científicas presentadas, permitiendo reconstruir la evolución del conocimiento enfermero en las últimas décadas.

Para su ejecución se han desarrollado las siguientes fases operativas:

Fase heurística (búsqueda de fuentes): Se ha realizado una inmersión profunda en fuentes primarias, constituidas por el corpus íntegro de las actas de los congresos del Seminario. Esta base documental ha permitido identificar el universo total de comunicaciones orales y pósteres presentados.

Análisis documental: Se han aplicado técnicas de análisis de contenido tanto cuantitativas como cualitativas para examinar la producción científica. Se han sistematizado variables clave como el volumen de comunicaciones, la evolución del número de autores y su procedencia geográfica (nacional e internacional), así como las fuentes empleadas.

Crítica de fuentes y triangulación: Se ha llevado a cabo una triangulación de datos comparando la producción interna del SEPIHE con fuentes secundarias y marcos teóricos establecidos sobre la evolución de la enfermería en España. Esto permite validar el impacto de estos foros en la consolidación del conocimiento científico de la disciplina.

Tratamiento de datos: El análisis métrico y descriptivo-retrospectivo se ha apo-

yado en herramientas digitales para procesar la progresión histórica de la participación, identificando los hitos de crecimiento y los principales núcleos de producción académica por comunidades autónomas y países.

Resultados

Tras el análisis exhaustivo de las fuentes primarias y la sistematización de los datos obtenidos de las actas de los congresos del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) entre 1992 y 2024, se presenta a continuación el cuerpo de resultados de esta investigación. En coherencia con el marco metodológico histórico-cualitativo y sociológico que sustenta este estudio, los hallazgos se han vertebrado a partir de cuatro bloques fundamentales que permiten comprender la evolución de la disciplina desde una perspectiva integral:

- Evolución de la producción científica y consolidación académica: Donde se analiza el crecimiento cuantitativo de las comunicaciones como reflejo del fortalecimiento del cuerpo de conocimiento enfermero.
- Dinámicas de autoría y colaboración científica: Un bloque dedicado a examinar la progresión de la masa crítica de investigadores y la creación de redes docentes.
- Internacionalización: la red iberoamericana de cuidados: Centrado en el análisis de la expansión transnacional de la asociación, con especial énfasis en el eje luso-iberoamericano.
- Distribución territorial y liderazgo institucional en España: Donde se desglosa la procedencia geográfica de los autores y su vinculación con los focos de activismo docente en España.

Esta compartimentación permite observar no solo los datos aislados, sino la interconexión entre el desarrollo del conocimiento y la profesionalización del sector a lo largo del periodo estudiado.

Evolución de la producción científica y consolidación académica

El crecimiento de la participación en los congresos del SEPIHE no es un fenómeno aislado, sino que refleja el tránsito de la enfermería "de la técnica al conocimiento científico". En 1992, el primer congreso partió con 23 comunicaciones, una

cifra que representaba el germen de un movimiento de resistencia y activismo docente. Este volumen experimentó una trayectoria ascendente hasta alcanzar su cenit en 2015 con 112 comunicaciones. Este incremento del 386% evidencia la madurez de la disciplina. La media de 52,7 aportaciones por encuentro sugiere una estabilidad en la producción que ha permitido documentar el papel determinante de la investigación como motor de cambio institucional. El SEPIHE ha funcionado como el escenario donde se ha materializado la "historia de las profesiones sanitarias", permitiendo que la enfermería se consolide como un cuerpo de conocimiento humanístico dentro del sistema universitario.



Imagen 1. Nube de palabras con los resultados de los datos obtenidos de las fuentes primarias.

Dinámicas de autoría y colaboración científica

La progresión en el número de autores es, quizás, el indicador más robusto de la vitalidad del Seminario. Pasar de 44 autores en 1992 a 273 en 2015 (con una media de 134,1) demuestra la transición hacia una ciencia colaborativa.

Este aumento en la masa crítica de investigadores es fundamental para la "memoria viva" de la profesión. Los datos sugieren que el SEPIHE no solo ha sido un lugar de exposición, sino un espacio de mentoría donde el claustro docente y los nuevos investigadores han convergido para reconstruir la evolución institucional de

la enfermería. La alta ratio de autores por comunicación en los últimos años apunta a la creación de redes de investigación sólidas, fundamentales para afrontar los desafíos actuales de los cuidados en salud.

Internacionalización: la red iberoamericana de cuidados

El estudio revela que el SEPIHE ha trascendido las fronteras españolas, con la participación de 17 países. Este fenómeno de internacionalización sitúa a la historiografía enfermera española en un marco global.

Brasil (54 autores) y Portugal (45 autores) se posicionan como los principales aliados, lo que indica una sintonía en la preocupación por la identidad profesional en el ámbito luso-brasileño.

México (32) y Colombia (13) refuerzan el eje iberoamericano, permitiendo una triangulación de datos culturales y sociales que enriquecen la interpretación de la historia de la enfermería.

Esta red internacional de conocimiento ha sido clave para mapear la producción científica y dotar a la disciplina de un reconocimiento académico que trasciende lo local.

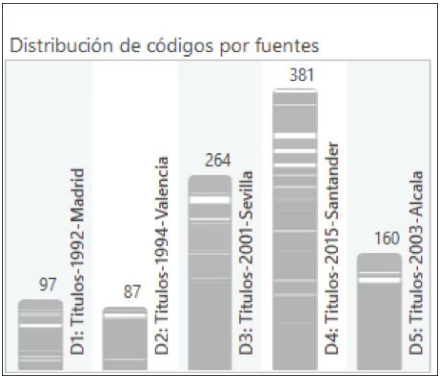


Imagen 2. Distribución de los códigos por fuentes elaborado con los resultados de los datos obtenidos de las fuentes primarias.

Distribución territorial y liderazgo institucional en España

El análisis por comunidades autónomas identifica los focos donde el activismo docente ha tenido un mayor impacto legislativo y curricular.

Andalucía (317 autores) y Madrid (308 autores) se erigen como los pilares de la investigación histórica en España, posiblemente vinculados a la fortaleza de sus programas de doctorado y al acceso a archivos especializados. Cataluña (197 autores) completa este podio de producción.

Estas regiones han liderado el camino desde los antiguos estudios de ATS hasta la plena integración universitaria. La concentración de autores en estos puntos sugiere una relación directa entre el dinamismo asociativo y la capacidad de influir en las reformas que permitieron la entrada de la enfermería en la universidad.

Aunque el análisis cuantitativo es revelador, la verdadera calidad de estos resultados reside en la metodología aplicada por los autores en sus comunicaciones. El SEPIHE ha fomentado una inmersión profunda en archivos y el uso de la historia oral.

La recurrente utilización de actas, estatutos y boletines como fuentes primarias en las comunicaciones presentadas coincide con la metodología heurística propuesta en tu plan de este trabajo. El uso de metodologías cualitativas y el análisis de contenido han garantizado que el SEPIHE sea un documento riguroso que sirve como pilar para la memoria de la profesión, preservando el legado de los hitos legislativos y las transformaciones curriculares.

Conclusiones

Madurez y consolidación disciplinar: La evolución de la producción científica en los congresos del SEPIHE, con un incremento del 386% en las comunicaciones entre 1992 y 2015, constata el éxito del tránsito de la enfermería "de la técnica al conocimiento científico". Esta trayectoria demuestra que el Seminario ha sido el escenario clave para la metamorfosis de la disciplina en un cuerpo de conocimiento humanístico y universitario.

Fortalecimiento de la masa crítica: El crecimiento exponencial de autores (alcanzando una media de 134,1 por encuentro) revela la transición hacia una ciencia

colaborativa y profesionalizada. El SEPIHE se confirma como un espacio vital de mentoría y activismo docente, donde la convergencia entre investigadores noveles y expertos ha permitido reconstruir y blindar la memoria institucional de la enfermería.

Liderazgo historiográfico iberoamericano: La proyección internacional del Seminario, vertebrada fundamentalmente a través del eje luso- iberoamericano (con Brasil, Portugal y México a la cabeza), sitúa a la historiografía enfermera española como un referente global. Esta red de intercambio no solo enriquece el análisis cultural de los cuidados, sino que dota a la disciplina de un reconocimiento académico que trasciende las fronteras nacionales.

Geografía del activismo académico: La concentración de la producción científica en Andalucía, Madrid y Cataluña identifica los focos de mayor dinamismo asociativo e investigador. Estas regiones han actuado como motores del cambio legislativo y curricular, demostrando que la investigación histórica es una herramienta de influencia política fundamental para la plena integración de la enfermería en la universidad.

Rigor metodológico como identidad: La calidad de las aportaciones analizadas destaca por el uso sistemático de fuentes primarias y metodologías cualitativas (historia oral y análisis documental). Este rigor metodológico garantiza que la producción del SEPIHE no sea solo un registro estadístico, sino un pilar fundamental para la preservación de la memoria histórica y la construcción de una identidad enfermera sólida frente a los desafíos actuales de la salud.

Fuentes primarias

- Actas de la I Jornadas. "La Enfermería en el siglo XX, de oficio a profesión: los momentos del cambio" organizado por el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) celebrado en Madrid en 1992.
- Actas del I Congreso Nacional "La Enfermería en los Hospitales de los siglos XVI-XVII" organizado por el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) celebrado en Valencia en 1994.
- Actas del V Congreso Nacional "Tradición y modernidad: Las fuentes para el estudio de la Historia de la Enfermería" organizado por el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) celebrado en Sevilla en 2001.
- Actas del VI Congreso Nacional y I Internacional. "La Enfermería Profesional: Formación, organizaciones, asociaciones, instituciones y la Ética" organizado por el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) celebrado en Alcalá de Henares en 2003.
- Actas del XIV Congreso Nacional y IX Internacional. "Un siglo cuidando a la sociedad: Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España" organizado por el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE) celebrado en Santander en 2015.

Bibliografía

- Amezcua M. El currículum de la enfermería: De la historia técnica a la historia del cuidado. Cultura de los Cuidados. 2010;14(28):7-10.
- González Pascual JL. La enfermería en la universidad: Crónica de una evolución necesaria. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018.
- Gorriti-Mendizábal MC, Lopez-Dicastillo C. Evolución de la investigación en enfermería a través de la producción científica: Una perspectiva histórica. Rev Esp Salud Pública. 2020;94:e1-12.
- Hernández Conesa JM. Historia de la Enfermería: Un análisis epistemológico. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
- Martínez Rodríguez L, Siles González J. La construcción de la historia de la enfermería en España: El papel del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (SEPIHE). Index Enferm. 2014;23(1-2):102-106.

- Oguisso T, Freitas GF. História da Enfermagem: Perspectivas de pesquisa e internacionalização. Río de Janeiro: Atheneu; 2015.
- Siles González J. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011.

Brecha intergeneracional y registro de cuidados ante la suspensión de los sistemas de información

Irene de Castro Salamanca[1], Marta Jezabel Gimeno Escudero[2], María Teresa Conde Valverde[3], Sofía Martin Monjas[4], Lucía Zúñiga Blanco[5] y Paula Fernández Araque[6]

1 Jefa de Unidad de Enfermería Sistemas de Información, Innovación e Investigación. Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

2 Jefa de Unidad de Enfermería Calidad, Formación y Docencia. Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

3 Enfermera de sistemas de información de cuidados. Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

4 Directora de enfermería. Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

5 Subdirectora de enfermería. Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

6 Jefa de Unidad de Enfermería Área de Cuidados. Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Introducción

La progresiva informatización de los sistemas de admisión de pacientes, la historia clínica y los registros de cuidados enfermeros, ha supuesto una transformación en la organización y en la práctica clínica de todos los niveles asistenciales (Benavente-Rubio, 2022). La sustitución del registro manual en papel por sistemas digitales ha generado nuevas competencias, ha mejorado la eficiencia y la estandarización de los registros, y ha reducido la posibilidad de errores al garantizar la trazabilidad de los cuidados (McBride & Tietze, 2022). Sin embargo, este proceso

también ha generado una creciente dependencia tecnológica y una evidente brecha intergeneracional en las competencias enfermeras (Rollan & Siles, 2021).

Las tecnologías de la información han modificado la forma de documentar y gestionar la información clínica, mejorando la continuidad asistencial, la seguridad del paciente y la toma de decisiones (Weaver et al., 2016). Pero la digitalización exige competencias específicas, capacidad de adaptación y buen manejo de herramientas informáticas, lo que puede producir diferencias entre generaciones de profesionales con trayectorias formativas y experiencias laborales distintas (Mather & Alexander, 2019).

Estudios recientes señalan que el recambio generacional constituye uno de los retos más importantes del sistema sanitario (Rollan & Siles, 2021). La transición entre generaciones implica variabilidad en competencias digitales, formas de trabajo y estilos de comunicación, así como la adaptación a las nuevas tecnologías y sistemas de información de cuidados (Navarro-Martínez et al., 2023).

Las nuevas generaciones de enfermeros están adquiriendo competencias en documentación principalmente en entornos digitales, lo que se traduce en una menor experiencia directa con el formato papel (Mather & Alexander, 2019). Su competencia en el registro manual es limitada, al no formar parte de su práctica habitual, lo que puede dificultar el manejo del proceso documental tradicional, cuando resulta necesario (Meretoja et al., 2015). Por el contrario, estos perfiles más jóvenes muestran gran capacidad de aprendizaje y adaptación a los nuevos sistemas digitales.

Las profesionales veteranas, en cambio, dominan la documentación en papel y priorizan la comunicación verbal y la experiencia práctica (Rollan & Siles, 2021). Sin embargo, pueden presentar mayor resistencia o dificultad ante infraestructuras digitales, lo que repercute en la calidad del registro y en la continuidad asistencial (Kushniruk & Borycki, 2017).

Las paradas programadas o interrupciones no anticipadas de los sistemas de información de cuidados incrementan el riesgo de errores y provocan demoras en la atención, comprometiendo la calidad y la seguridad asistencial (Larsen et al., 2018). Además, si no se anticipa la diversidad de competencias profesionales con estrategias formativas bidireccionales, la brecha intergeneracional puede convertirse en otro factor de riesgo (Navarro-Martínez et al., 2023).

Objetivo general

Analizar la influencia de la brecha intergeneracional enfermera en la aplicación del plan de contingencia, ante la suspensión programada del sistema de admisión digital.

Objetivos específicos

- Identificar barreras en el registro de cuidados relacionados con las diferentes generaciones de profesionales enfermeros.
- Describir los mecanismos de transferencia intergeneracional de conocimientos y habilidades, que facilitan la continuidad de cuidados.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo basado en el análisis documental del plan de contingencia multidisciplinar puesto en marcha ante la suspensión programada de funcionamiento del sistema de admisión y gestión de pacientes, en un hospital de tercer nivel.

Desarrollo

Durante una parada programada del sistema de admisión y gestión de pacientes motivada por la migración a una nueva versión en el Hospital Universitario Rio Hortega, fue necesario activar un plan de contingencia que asegure la trazabilidad del paciente y la continuidad de cuidados.

La ejecución de las tareas técnicas asociadas a esta migración implicó una interrupción de aproximadamente dieciocho horas en el funcionamiento de algunos sistemas de información. Esta situación afectó directamente a la admisión y registro digital de los nuevos pacientes en el servicio de urgencias. Además, el sistema digital de admisión está estrechamente integrado con la historia clínica electrónica del paciente y con otros sistemas de información corporativos, entre ellos el programa de registro y gestión enfermera, la petición electrónica de dietas, analíticas y pruebas radiológicas, y el módulo de prescripción y firma digital de la administración de medicación. Por ello, el registro de cuidados también se vio afectado en pacientes ingresados tras la interrupción de dicha integración en los

servicios de urgencias, paritorio y las unidades de hospitalización.

Dado que la actividad asistencial disminuye durante los fines de semana, la migración se programó en este periodo. Para garantizar el seguimiento del plan se aseguró la presencia de roles clave durante todas las fases programadas.

El plan de contingencia fue elaborado por un grupo multidisciplinar dependiente de las direcciones de enfermería, médica y de gestión, con la colaboración esencial de la unidad de procesos. Se basó en:

- Garantizar una comunicación eficaz entre las unidades y el servicio de admisión, mediante circuitos establecidos para ingresos, altas y traslados urgentes.
- Asegurar la trazabilidad del paciente admitido en urgencias desde el momento de la interrupción del sistema de admisión. Para ello, se puso en marcha una aplicación creada por la unidad de procesos del hospital disponible en la intranet y desarrollada sin necesidad de instalación de ningún tipo de software. A través de este programa, que mostró una gran usabilidad por parte de todos los profesionales implicados, las enfermeras podían registrar el nivel de triaje asignado, vincular al paciente con el médico responsable y ubicarlo en la unidad virtual de urgencias. Además, tenían la posibilidad de modificar el servicio, actualizar el estado del paciente y añadir observaciones clínicas cuando era necesario.
- Habilitar documentación estandarizada en papel para nuevos pacientes: Órdenes médicas, hoja evolución, impreso de administración de medicamentos y sueroterapia, gráfica de constantes y documentos de parto y recién nacido.
- Realizar difusión del plan de contingencia previo al evento, a través de las direcciones del hospital y los mandos intermedios.
- Reforzar puestos clave durante el fin de semana en el servicio de admisión y urgencias.
- Asignar como referentes del seguimiento a jefe de unidad de enfermería y jefe médico de guardia, manteniendo reuniones programadas con gerente del hospital, dirección de gestión y dirección médica durante el fin de semana.

La activación del plan implicó el retorno temporal al registro en papel disponible en las unidades y en almacén documental del hospital. Ciertos impresos eran desconocidos para el personal más joven, lo que requirió formación previa por parte de mandos intermedios y profesionales veteranas, quienes recuperaron prácticas documentales anteriores a la digitalización y actuaron como referentes.

Tras la migración, se observó la situación inversa: parte del personal veterano, a pesar de haber recibido formación previa en la nueva versión del aplicativo, necesitó apoyo para adaptarse al nuevo programa digital. Este apoyo fue proporcionado por referentes y profesionales jóvenes con mayor dominio de las aplicaciones informáticas.

Conclusiones

Las paradas programadas o inesperadas de los sistemas de registro de cuidados evidencian vulnerabilidad de los equipos cuando no existe un manejo combinado del registro estandarizado en papel y registro digital.

Durante la suspensión del sistema de admisión y las aplicaciones corporativas, las enfermeras requieren habilidades en el registro manual, conocimiento de flujos alternativos y una comunicación eficaz con otras unidades y servicios.

Una vez migrado el sistema, la tutoría inversa, que aprovecha las capacidades digitales de las nuevas generaciones, resulta imprescindible para apoyar a las enfermeras más veteranas. Ambas competencias son esenciales para garantizar la continuidad asistencial en contextos de interrupción o actualización de sistemas de información.

La brecha intergeneracional enfermera es bidireccional. Preservar y transmitir el saber profesional, junto con una actualización continua en competencias digitales, son elementos clave para reducir errores, fortalecer la confianza de los profesionales y garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Como futura línea de investigación sería interesante analizar cómo influye la brecha intergeneracional en la respuesta de los equipos ante la suspensión de los sistemas de información, especialmente en la continuidad del registro de cuidados. Además, sería conveniente investigar modelos de formación bidireccional que ayuden a las enfermeras a adaptarse a nuevos entornos digitales, sin perder habilidades en registro manual.

Referencias bibliográficas

- Benavente-Rubio, A. (2022). El rol de enfermería en la salud digital: oportunidades y desafíos para la ciencia del cuidado. Revista Médica Clínica Las Condes, 33(6), 598–603.
- Kushniruk, A., & Borycki, E. (2017). Human factors and ergonomics in healthcare IT. Yearbook of Medical Informatics, 26(1), 120–127.
- Larsen, E., Fong, A., Wernz, C., & Ratwani, R. M. (2018). Implications of electronic health record downtime: An analysis of patient safety event reports. Journal of the American Medical Informatics Association, 25(2), 187–191. https://doi.org/10.1093/jamia/ocx057
- Mather, C., & Alexander, J. (2019). Competency in digital health: A review. Studies in Health Technology and Informatics, 260, 96–103.
- McBride, S., & Tietze, M. (2022). Nursing informatics and the foundation of knowledge (5.ª ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Practice, 21(4), 350–358.
- Navarro-Martínez, O., Igual-García, J., & Traver-Salcedo, V. (2023). Bridging the educational gap in terms of digital competences between healthcare institutions' demands and professionals' needs. BMC Nursing, 22, 144.
- Rollan, S., & Siles, J. (2021). Nursing professionals within the intergenerational context during the 20th and 21st centuries: An integrative review. Investigación y Educación en Enfermería, 39(3), e14.
- Weaver, C. A., Ball, M. J., Kim, G. R., & Kiel, J. M. (2016). Healthcare information management systems (4.ª ed.). Springer.



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería