

CULTURA DE LOS CUIDADOS

1^{er}. Cuatrimestre 2012 • Año XVI - N.º 32

SUMARIO

EDITORIAL

- Interdisciplinariedad, internacionalidad, interactividad. Eä: publicación, difusión y colaboración científica 2.0

FENOMENOLOGÍA

- Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro. Cultura de los Cuidados
- Vivência da entrevista fenomenológica com usuários de crack: um relato de experiência

HISTORIA

- La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería
- Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX
- Imagem Pública da Enfermeira Brasileira: Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria (1920-1928)
- La enfermería británica y postbritánica en el hospital de Riotinto (1873-1983)
- Elizabeth Kenny: la inspiración de cuidar
- La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas

ANTROPOLOGÍA

- La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916-1921)
- El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII. Fuentes documentales para su estudio

TEORÍA Y MÉTODO

- Ejemplaridad profesional

MISCELÁNEA

- BIBLIOTECA COMENTADA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

SEMINARIO DE HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS
ENFERMEROS. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/ EDITOR

José Siles González

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucia Noreña Peña

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina
Eva M^a Gabaldón Bravo
Elena FerrerHernández
Flores Vizcaya Moreno
José Ramón Martínez Riera
Juan Mario Domínguez Santamaría
M^a Mercedes Rizo Baeza
Mercedes Nuñez del Castillo
Miguel Castells Molina
Rosa Pérez-Cañaveras
Manuel Lillo Crespo
Isabel Casabona Martínez
Cristián Ortega Rojo
Rodrigo Santos Gómez
Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- José Antonio Ávila Olivares. Enfermero, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Francisco Mulet Falcó. Enfermero. Tesorero del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Belén Paya Pérez. Enfermera, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.
- Juan José Tirado Dauder. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.
- Francisco J. Pareja Lloréns. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón.

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

Presidente de la Fundación Index. Profesor asociado Universidad de Granada (España).

Carmen Chamizo Vega

Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad de Oviedo. Oviedo (España)

César Hueso Montoro

Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Universidad de Granada (España).

Manuel García Martínez

Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor asociado Universidad de Sevilla (España).

Guillermo Silva Magaña

Doctor por Universidad de Alicante. Profesor titular. (Universidad de Colima, Méjico).

Carlos Lousada Lopes Subtil

Profesor titular Escola/Faculdade: Escola Superior de Enfermagem. Viana do Castelo (Portugal)

Antonio C. García Martínez

Licenciado en Historia. Doctor en Historia Profesor Titular Universidad de Huelva (España)

María Elisa Moreno-Fergusson

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.

Esperanza de la Peña Tejero

Enfermera. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Extremadura (España)

Cecilio Eseverri Cháverri

Enfermero e Historiador de la enfermería Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia (España)

Francisca Hernández Martín

Enfermera y Licenciada en Historia. Presidenta del Seminario de Historia de la Enfermería. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular Escuela de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)

Francisco Herrera Rodríguez

Doctor en Medicina. Historiador de la Enfermería. Catedrático de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz (España)

Amparo Nogales Espert

Enfermera. Licenciada en Historia. Doctora por la Universidad de Valencia. Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid (España)

Natividad Sánchez González

Enfermera. Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Albacete (España)

Francisco Ventosa Esquinaldo

Enfermero. Historiador de la Enfermería. Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios "Juan Grande" Jerez/Cádiz (España) Carmen de la Cuesta Benjumea Ph.D en Enfermería. Profesora Visitante Universidad de Alicante (España)

Marilyn Douglas

Doctora en Enfermería. Profesora, School of Nursing University of California, San Francisco (EEUU)

Fernando Porto

Doctor en enfermería por la escuela de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO (Brasil)

Beatriz Morrone

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II. Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

Ximena Isla Lund

Magister en Enfermería. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad del Bio-Bio. (Chile)

Raquel Spector

Doctora en Enfermería. School of Nursing Boston College. Boston (EEUU)

Rick Zoucha

Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor Asociado. Universidad Duquesne Pittsburgh PA (EEUU)

Taka Oguiso

Enfermera y licenciada en derecho. Doctora Universidad de São Paulo. Profesora Titular Emérita. Universidad de São Paulo (Brasil)

Genival Fernandes de Freitas

Enfermero y licenciado en Derecho. Doctor por la Universidad de São Paulo. Profesor Titular. Universidad de São Paulo (Brasil)

Cultura de los Cuidados. Revista Sociofundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.

INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.
 - LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
 - "Scientific Commons" Details at a Glance: Publicaciones: 31,839,799 - Repositories: 1,157
 - BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)
 - "Inscrita y miembro del en Servicio CrossRef (DOI prefix is: 10.7184)"
- Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia
Tarifas 3 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros
Alumnos Enfermería: 7,21 euros
Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de Sant Vicente del Raspeig
Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante
Revista «on line»:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>
ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997
Título clave: Cultura de los Cuidados
Título abreviado: Cul. Cuid.
Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
Diseño editorial, maquetación e impresión: AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS.
MARCA ESPAÑOLA Nº 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
Interdisciplinariedad, internacionalidad, interactividad. Eã: publicación, difusión y colaboración científica 2.0	9
GABRIELA MIJAL BORTZ	
FENOMENOLOGÍA	
Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro. Cultura de los Cuidados.....	12
LÓPEZ MARÍN R; MOLINA RODRÍGUEZ, A; MARTÍNEZ ROCHE M ^º E; FRUTOS MOLINA, D; MOLINA RODRÍGUEZ T.	
Vivência da entrevista fenomenológica com usuários de crack: um relato de experiencia	18
GUEDES DA SILVA F.J.; J E FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO, C.	
HISTORIA	
La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería	23
OGUISSO, T.	
Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX.....	38
CASTRO MOLINA, F.J; CASTRO GONZÁLEZ, M ^º P; MEGIAS LIZANCOS, F; MARTIN CASAÑAS, F.V; CAUSAPIE CASTRO, A.	
Imagem Pública da Enfermeira Brasileira: Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria (1920-1928).	47
PORTO, F; FONSECA, E; DE MATTOS DESVELANDES, A.K; LUCHESI BARIZON, L; DE MENDOÇA AMORIM, W.	
La enfermería británica y postbritánica en el hospital de Riotinto (1873-1983).....	59
FERIA LORENZO, D.J; GUERRA GONZÁLEZ, J.E.	
Elizabeth Kenny: la inspiración de cuidar	68
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M ^º L LÓPEZ MAZA, R.	
La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas.....	76
RUIZ BERDUN, M ^º . D.	
ANTROPOLOGÍA	
La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916-1921).....	82
MOLANES PÉREZ, P. Y SÁINZ OTERO, A.M ^º	
El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII. Fuentes documentales para su estudio	88
GARCÍA MARTÍNEZ, M.J.	
TEORÍA Y MÉTODO	
Ejemplaridad profesional.....	96
MIRALLES SANGRO, M ^º T.	
MISCELÁNEA	
- BIBLIOTECA COMENTADA.....	103

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

Aunque sujeta a variaciones, en aras de su filosofía contextualizadora, la revista constará de secciones tales como :

- Editorial.
- Fenomenología: sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tendrán cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica. Por último, también serán susceptibles de publicación los originales que, a juicio del comité de redacción, contribuyan al desarrollo humanístico de la enfermería (en cualquiera de sus vertientes).
- Historia: destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de enfermería.
- Antropología: sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.
- Teoría y métodos enfermeros: apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarrollo teórico-filosófico de la enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- Miscelánea: Sección dedicada a la divulgación de actividades, noticias, agenda etc, revisión de novedades editoriales.
- Cartas al Director

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués, seguido del nombre de los autores (no más de 6), en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M^a.C. Solano Ruiz. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. En la segunda

página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español. Se incluirán, además de cuatro a cinco palabras clave en los tres idiomas. Las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los 17 folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido en minúsculas y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej:

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Paidós, Barcelona (Libro)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Enfermería Científica 8, 22-27 (Artículo revista)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. En: Cibana, I. L.. ed. Las revistas españolas de enfermería, Síntesis, Madrid.: 88-102 (Capítulo de Libro).

- Para citar documentos/ artículos "on line":

Pagani, R.. (2002). Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. 425 Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_download/426_27th_July_2008.

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán en otro archivo, indicando su número de orden y título a pie de página o en su reverso en el caso de las fotografías. Las gráficas, preferentemente, deberán presentarse en blanco y negro.
- Presentación: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el "check list" disponible en este enlace, previo a la remisión del artículo.

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

Although subject to variations in the interest of contextualizing the journal philosophy, will include sections such as:

- Editorial.
- Phenomenology section devoted to the publication of original and / or reviews of clinical phenomenology. They will also take place in this section, the clinical experience of professionals in whatever form of expression, narrative, essay, poetry or art. Finally, also be eligible for the original publication, in the opinion of the editorial board, contribute to the development of humanistic nursing (in any of its aspects).
- History: intended for publication of original and / or revisions of nursing history.
- Anthropology: section reserved for the inclusion of original and / or revisions of anthropological work on nursing care.
- Theory and methods nurses: section dedicated to the publication of original and / or reviews that contribute to both theoretical and philosophical development of nursing as their methods and practical applications.
- Other: Section dedicated to the dissemination activities, news, calendar etc., reviews, new books.
- Letters to the Editor

PRESENTATION OF WORK

- Structure of the manuscript: On the first page will contain the article title in lowercase in three languages in this order: Spanish, English and Portuguese, followed by the name of the authors (no more than 6), in lowercase. First initial capital letters separated by a period followed by the surnames in lowercase eg: M^a.C. Solano Ruiz. By an asterisk (superscript) write their highest academic level or professional contact and address of the first author with his email and phone. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in English, Portuguese and Spanish. shall include in addition to four to five keywords in

these languages. The following pages include the contents of the article to avoid subscripts and footnotes footer, with an extension not exceeding 17 pages, the last page is devoted to the literature.

- The citation system is adopted in the journal according to the Harvard law-APA: the text will only appear in lower case the name of the author and the date in brackets, eg (Lopez, 1998). The bibliography at the end of the article will be numbered and arranged alphabetically by author's surname eg

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Nursing Science 8, 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. In: Cibana, I. L.. ed. The Spanish journals nursing, Synthesis, Madrid. 88-102 (Chapter in Book).

To cite documents / articles "on line":

Pagani, R.. (2002). Technical Report. The European credit and the Spanish educational system. Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425. downloaded 42627th July 2008.

- The illustrations, charts and pictures will be sent to another file, indicating your order number and title in footer or the reverse in the case of the photographs. Graphs, preferably, should be submitted in black and white.
- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available here, prior to the submission of the article.

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Embora sujeita a variações no interesse de contextualizar a sua filosofia, a revista vai incluir recursos como:

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a experiência clínica dos profissionais, independentemente da forma de expressão, a narrativa, o ensaio de poesia, ou de plástico. Finalmente, também será elegível para a publicação original, na opinião do conselho editorial, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem humanística (em todos os seus aspectos).
- História: destinadas a publicação do original e / ou revisões de história da enfermagem.
- Antropologia: seção reservada para a inclusão de original e / ou revisões de trabalho antropológico sobre cuidados de enfermagem.
- enfermeiras Teoria e métodos: seção dedicada à publicação de opiniões originais e / ou que contribuam para o desenvolvimento teórico e filosófico da enfermagem como os seus métodos e aplicações práticas.
- Outros: Seção dedicada a actividades de divulgação, notícias, calendário etc, resenhas de livros novos.
- Cartas ao editor

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

- Estrutura do manuscrito: Na primeira página vai conter o título do artigo em letras minúsculas em três idiomas, nesta ordem: Espanhol, Inglês e Português, seguido do nome dos autores (não mais que 6), em letras minúsculas. Primeira letra inicial maiúscula, separados por um ponto seguido pelo sobrenome em minúsculas, por exemplo: M^a C. Solano Ruiz. Por um asterisco (sobrescrito) escrever seu mais alto grau académico ou contato profissional e endereço do primeiro autor com o seu e-mail e telefone. Na segunda página:.. Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em Inglês,

Português e Espanhol, para além de quatro a cinco palavras-chave em todas as três línguas. As páginas seguintes incluem o conteúdo do artigo para evitar subscritos e notas rodapé, com uma área não superior a 17 páginas, a última página é dedicada à literatura.

- O sistema de nomeação é adotado na revista de acordo com a Harvard-lei APA: o texto não aparece apenas em letras minúsculas o nome do autor ea data entre parênteses, por exemplo (Lopez, 1998). A bibliografia no final do artigo serão numerados e dispostos em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, por exemplo

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Enfermagem da Ciência 8, 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. In: Cibana, I. L.. ed. Os espanhóis periódicos de enfermagem Síntese, Madrid. 88-102 (Capítulo de Livro).

Para citar documentos / artigos "on line":

Pagani, R.. (2002). Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27_de_julho_de_2008.

- As ilustrações, gráficos e fotografias serão enviadas para um outro arquivo, indicando o seu número de ordem e título em rodapé ou o inverso no caso das fotografias. Gráficos, de preferência, devem ser apresentadas em preto e branco.
- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o "check list", disponível aqui, antes da apresentação do artigo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La revista Cultura de los Cuidados publica artículos en español, portugués e inglés. La recepción de los mismos pasa por un proceso de selección en una primera revisión por el Consejo editorial verificando el cumplimiento de los requisitos propios de la revista, descritos en las indicaciones a los autores, en caso de no cumplir estas condiciones se le notifica al autor o autores para que realicen los cambios oportunos.

Posteriormente tras la clasificación temática y preservación del anonimato del manuscrito los documentos son enviados a dos especialistas de reconocido prestigio en el área de conocimiento, para que procedan a su evaluación. Una vez recibidos los conceptos de los pares académicos se toma una decisión conjunta con el Consejo Editorial que puede ser de aceptación con ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo comunicándolo al autor o autores a través de correo electrónico o postal.

En caso de que la decisión del Consejo Editorial sea la de rechazo se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión adoptada por el Consejo Editorial que fundamenta esta decisión.

Los manuscritos que sean considerados para publicación previa modificación, se notificarán con una propuesta concreta de modificación o con el informe de los evaluadores. Los autores dispondrán de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

La revista se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto.

Los factores donde se fundamenta la decisión sobre la aceptación o rechazo de los trabajos por parte de la redacción de la revista son los siguientes:

- La originalidad, novedad y actualidad del tema.
- Relevancia y aplicabilidad de los resultados.
- Calidad metodológica. Fiabilidad y validez
- Presentación, buena redacción, organización y coherencia lógica del texto.
- La inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en Cultura de los Cuidados.

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

“Cultura de los Cuidados” (The Culture of Care) Journal publishes articles in Spanish, Portuguese and English. Admission will be subject to a selection process in a first review by the Editorial Board to verify compliance with the requirements of the Journal, as stated in the instructions for authors. In the case these conditions are not met, the author or authors will be notified in order to make the necessary changes.

After accomplishment of topic classification and preservation of the anonymity of the paper, documents are submitted to two specialists of recognized prestige in the corresponding area of knowledge for evaluation. Once peer academic report is produced, decision is reached together with the Editorial Board to either accept with adjustments, final acceptance or rejection that will be notified to the author or authors by email or post.

Should the decision of the Editorial Board be to reject, the evaluators’ report will be sent together with the decision of the Editorial Board that substantiates this decision.

Manuscripts to be considered for publication after amendment shall be notified with a specific proposal for amendment or with the evaluators’ report. Authors will have a maximum of 2 weeks to inform the Assistant Managing Editor of their decision of amendment and the deadline for submitting the revised version is two months maximum.

The Journal reserves the right to make revisions in style to facilitate clarity and understanding of the text.

The factors which ground the decision on acceptance or rejection of papers by the Journal Editor are:

- Originality, novelty and contemporary issues.
- Relevance and applicability of the results
- Methodological quality, reliability and validity
- Presentation, good writing, organization and logical consistency of the text.
- The inclusion in manuscripts submitted to at least one citation of articles published in Culture Care.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

A Revista Cultura de los Cuidados publica artigos em Espanhol, Português e Inglês. O recebimento dos mesmos está sujeito a processo de seleção, em primeira revisão, pelo Conselho Editorial, no qual verifica-se o cumprimento dos requisitos próprios da Revista, descritos nas indicações aos autores. Em caso de cumprimento dessas condições, será notificado o autor ou autores para que realizem as mudanças oportunas.

Em seguida, depois da classificação temática e preservação do anonimato do manuscrito, os documentos serão enviados a dois especialistas de reconhecido prestígio na área de conhecimento, para que procedam à avaliação. Uma vez recebidos os conceitos dos dois pares acadêmicos, toma-se decisão conjunta com o Conselho Editorial, que pode ser de aceitação com ajustes, de aceitação definitiva ou de recusa, comunicando-se a decisão ao autor ou autores, por meio de correio eletrônico ou postal.

Se a decisão do Conselho Editorial for de recusa do artigo, será informado ao autor ou autores acerca dessa decisão adotada pelo referido Conselho, apresentando-se os fundamentos que a justificam.

Os manuscritos que forem aprovados para publicação, porém com prévia modificação, far-se-á notificação ao autor ou autores com uma proposta concreta de modificação e com informe dos avaliadores. Os autores disporão de no máximo 2 semanas para se comunicarem com a Secretaria de redação acerca da modificação proposta e no prazo máximo de dois meses se comprometerão a devolver a versão corrigida, caso tenham concordado com as correções.

A Revista reserva para si o direito de realizar revisões de estilo que facilitem a clareza e compreensão do texto.

Os fatores que fundamentam a decisão sobre a aceitação ou recusa dos trabalhos, por parte da redação da Revista são os seguintes:

- A originalidade, novidade e atualidade do tema;
- Relevância e aplicabilidade dos resultados;

- Qualidade metodológica, confiança e validade;
- Apresentação, boa redação, organização e coerência lógica do texto.
- A inclusão em manuscritos submetidos a pelo menos uma citação de artigos publicados nos Cuidados de Cultura.

Editorial

Interdisciplinariedad, internacionalidad, interactividad. Eä: publicación, difusión y colaboración científica 2.0

Interdisciplinarity, internationality, interactivity. Ea: publication,
dissemination and scientific collaboration

Internacionalidade, a interdisciplinaridade, a interatividade.
Ea: divulgação, publicação e colaboração na investigação

Gabriela Mijal Bortz

Directora Editorial de Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Asistente de Investigación en Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología, Universidad Nacional de Quilmes. gbortz@ea-journal.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Mijal Bortz, G. (2012) Interdisciplinariedad, internacionalidad, interactividad. Eä: publicación, difusión y colaboración científica 2.0. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.01>>

El surgimiento y masificación de Internet ha abierto las puertas a nuevas formas de creación y difusión del conocimiento, generando una nueva cultura de comunicación, más ágil, y habilitando la posibilidad de interacción entre usuarios y grupos de usuarios, independientemente de la distancia geográfica. Las actuales tendencias se orientan hacia la construcción de saberes socializados y la generación y participación en espacios colaborativos. Desde hace algunos años ha proliferado una nueva generación de sitios, aplicaciones y servicios basados en el concepto de red, cuyo principal valor reside en la creación colectiva de contenidos por comunidades de usuarios.

Los medios de comunicación social interactiva (social media) han comenzado a tener notorias implicancias en el modo en el cual los investigadores se comunican y colaboran, ofreciendo una gran oportunidad para mejorar y optimizar su modo de trabajo facilitando la búsqueda, uso, aprovechamiento y difusión de información a través de un sinfín de herra-

mientas. Los social media son asimismo utilizados para sortear las barreras disciplinarias, intercambiar información y formar núcleos de afinidad a nivel transnacional.

En este contexto, Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y de la Tecnología, disponible en www.ea-journal.com, es una revista académica periódica en formato electrónico e interactivo que se propuso como misión conjugar el cumplimiento de altos estándares de excelencia académica, las exigencias de internacionalidad de un mundo globalizado, y la aplicación de las innovaciones de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y redes sociales para publicación y difusión científica de las Humanidades Médicas y los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología.

Desde el comienzo (agosto de 2009), nuestro objetivo ha sido proponer un formato tecnológico innovador para la transmisión de los estudios situados en la confluencia entre salud, sociedad, ciencia y tecnología, así como tambié-

én el desarrollo de una comunidad social académica en los campos especificados a través de la generación de herramientas colaborativas e interactivas dentro del sitio y su integración con espacios de intercambio en redes sociales. Asimismo, hemos seleccionado un abordaje interdisciplinario, puesto que consideramos que el análisis de los fenómenos en el ámbito de la salud son inescindibles de la sociedad en la que se desarrollan, y de las prácticas cognitivas y tecnológicas que en ella tienen lugar y que, a su vez, la transforman.

Conceptualmente, hemos pensado la revista como tres espacios diferenciados. El primero es el que denominaremos espacio académico. Dentro de éste se encuentran los contenidos académicos de la revista, los cuales son renovados cada cuatro meses (abril, agosto y diciembre) con cada nuevo número. Este espacio incluye una sección de archivo en la cual se encuentran disponibles los artículos publicados en los números anteriores y, por política editorial, todo el contenido es de libre acceso.

El principio rector de este espacio es la calidad académica. A estos efectos, Eä ha tomado como decisiones de política editorial: un riguroso mecanismo de selección de originales consistente en un referato externo realizado por pares a través de un sistema de doble ciego, que evalúa la pertinencia del tema para la revista, su originalidad, validez, importancia, el aporte realizado, claridad de expresión, metodología, conclusiones, resultados y bibliografía; un prestigioso comité editorial con una actividad académica ampliamente reconocida; cumplimiento de requisitos para la inclusión en índices internacionales, habiendo sido ya incluida en diversas bases de datos; adhesión a parámetros editoriales internacionales; y auspicio académico por parte de la Asociación Médica Argentina (AMA) y de la Sociedad Ar-

gentina de Historia de la Medicina (SAHIME).

En segundo lugar, podemos identificar un segundo espacio al cual denominaremos portal de noticias (Eä News). Éste es frecuentemente actualizado con noticias del ámbito académico: información sobre congresos y jornadas, nuevos recursos online, información sobre becas, premios y ofertas laborales para investigadores, así como también información propia de la revista, tal como la aparición de nuevos números, las aperturas de convocatorias a presentación de originales, la participación de Eä en eventos, la inclusión de nuevas herramientas o aplicaciones, y la aparición de nuevos artículos en nuestro blog, entre otras. La función informativa se extiende a su vez al tercer espacio.

A esta tercera área dentro del sitio nos referiremos como espacio colaborativo o interactivo. El portal de la revista incluye un sistema de registración a través del cual los usuarios pueden registrarse de forma gratuita y compartir información sobre eventos, nuevas publicaciones (libros y revistas), enlaces, recursos novedosos en línea, entre otras. Esta plataforma está orientada a facilitar a los lectores –en su gran mayoría investigadores– la posibilidad de, por un lado, informarse acerca de las multiplicidad de actividades y noticias en los campos de las Humanidades Médicas y los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología que se están llevando a cabo en todo el mundo y, por el otro, darles la posibilidad de compartir, dar a conocer y difundir dentro del sitio las actividades que ellos mismo están llevando a cabo y que puedan ser de interés de sus colegas en diversos países.

Dentro del sitio se han incorporado mecanismos de retroalimentación (feedback) y discusión, tales como la posibilidad de que los lectores comenten las noticias de la portada,

un foro de discusión en el sitio y espacios propios en servicios de social networking y de microblogging, cuyos objetivos son transformarse en espacios de encuentro cotidiano entre investigadores. A través de distintas “salas de discusión” tanto en el sitio como en nuestros espacios en Facebook y en Twitter la idea es poder brindar diariamente noticias actualizadas de interés, y proveer un ámbito para discusiones académicas many-to-many, consultas, circulación de información y generación de proyectos conjuntos. La visión con la que fue creada esta aplicación es que la distancia geográfica sea un elemento de riqueza y diversidad, y no una barrera.

En tercer lugar, paulatinamente se han ido incorporando al sitio herramientas adicionales de forma integrada: los contenidos de la revista -tanto académicos como informativos- pueden ser compartidos a través de sistemas de marcadores sociales y de citación social. La revista permite además suscribirse a sus contenidos a través de herramientas de agregación (RSS) y recibir de forma instantánea las actualizaciones.

Finalmente, Eä ha inaugurado un espacio de blogging, EäBlog. Disponible en <http://blog.ea-journal.com>, éste surgió a partir de la necesidad de contribuir a la circulación de los conocimientos y hallazgos de investigadores de todo el mundo en las disciplinas que se encuentran en la intersección entre salud, sociedad, ciencia y tecnología en ámbitos vastos, incluso por fuera del ámbito académico. El espacio es colaborativo, siendo los propios investigadores quienes dan a conocer ante un público amplio los resultados de su trabajo. Se ha buscado así profundizar la vehiculización de ideas y estimular el debate.

El vocablo Eä, que en la mitología tolkieniana significa tanto “el Mundo que Es” creado como el propio verbo creador¹, refleja para no-

sotros la voluntad de crecimiento, renovación y creación que anima el día a día de nuestra publicación.

A lo largo de los seis números publicados en dos años de trabajo, han sido publicados 73 trabajos originales de investigación en cuatro idiomas distintos y hemos recibido las visitas de más de 27.000 lectores desde 148 países. Han sido difundidos más de 150 eventos de todo el mundo y publicadas más de 500 noticias. Con un espíritu de permanente iniciativa y dinamismo, Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología propone un nuevo modelo para la publicación, difusión y colaboración científica.

Buenos Aires, julio de 2011

Agradecimientos:

En nombre de Eä, quisiera agradecer a José Siles González por el honor de habernos invitado a participar de Cultura de los cuidados por medio de esta nota editorial.

¹ Véase Tolkien, J. R. R. (1984 [1977]). El Silmarillion. Barcelona: Minotauro.

Fenomenología

Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro.

Figure of the father in relating to the upbringing: past, present and future

A figura do pai em matéria de educação: passado, presente e futuro.

Ricardo López Marín¹, Alonso Molina Rodríguez¹, María Emilia Martínez Roche², Davinia Frutos Molina³,
Teresa Molina Rodríguez³.

¹ Residente de Matrón de 2º año de la Unidad docente de Matronas de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud.

² Coordinadora de la Unidad docente de Matronas de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud.

³ Enfermera por la Universidad de Murcia.

Cómo citar este artículo en edición digital: López Marín R; Molina Rodríguez, A; Martínez Roche M^aE; Frutos Molina, D; Molina Rodríguez T.(2012) Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.02>>

Correspondencia: Ricardo López Marín. Calle Telefonista Encarna Ayala, n.2 1ºC. 30570 Beniján Murcia. 626129485 ricardo_lopez_marin@hotmail.com

Recibido: 20/10/2011 - Aceptado: 17/12/2011



ABSTRACT

The current situation in the West reflects a gradual change of the father in the upbringing of their offspring, as reflected in its theory Madeleine Leininger, one must know the characteristics of this phenomenon to implement culturally congruent care. Based on the concept of Mercer "roles are not fixed, so no matter which person is responsible for performing the different roles" (Marriner, 2007) can mimic the maternal-paternal-filial subsidiary.

We propose a qualitative research based on in-depth interview in order to study: parents (men) novice, and discussion groups

professional midwives as the most representative figure and is directly involved with women's reproductive health and care the newborn.

Thus we can say that the typical family idea is accepted as is in crisis around the nineties, there emerges the figure of the new parents, a concept introduced by Bonino (2003). We met a father whose presence in the care of children is of great importance in the proper development of these (Alberdi & Escario, 2007).

Therefore we must work on the model to define the New Parent involvement in raising it. The midwife is the professional most qualified to serve as agents of change.

Key words: Parenting, Father, Midwife.

RESUMO

A situação atual no Ocidente reflete uma mudança gradual do pai na educação dos seus filhos, como refletido na sua teoria Madeleine Leininger, é preciso conhecer as características

deste fenômeno para implementar cuidados culturalmente congruentes. Baseado no conceito de Mercer “papéis não são fixos, então não importa onde a pessoa é responsável por executar os diferentes papéis” (Marriner, 2007) podem imitar a subsidiária materno-paterno-filial.

Propomos uma pesquisa qualitativa com base em entrevistas em profundidade a fim de estudar: os pais (homens) novato, e grupos de discussão parteiras profissionais como a figura mais representativa e está diretamente envolvido com a saúde reprodutiva das mulheres e cuidados o recém-nascido.

Assim, podemos dizer que a idéia típica família é aceite como está em crise em torno da década de noventa, emerge a figura de os novos pais, um conceito introduzido por Bonino (2003). Encontramos um pai cuja presença no cuidado das crianças é de grande importância no desenvolvimento adequado desses (Alberdi & Escario, 2007).

Portanto, devemos trabalhar com o modelo para definir o envolvimento dos pais em Nova elevando-o. A parteira é o profissional mais qualificado para servir como agentes de mudança.

Palavras-chave: Parenting, Pai, matronal.

RESUMEN

La situación actual en el mundo occidental refleja un cambio gradual de la figura del padre en la crianza de su descendencia; según refleja Madeleine Leininger en su teoría, debemos conocer las características de este fenómeno para aplicar cuidados culturalmente congruentes. Basándonos en el concepto de Mercer “los roles no están fijados; por tanto, carece de importancia qué persona se encarga de realizar los distintos roles” (Marriner, 2007)

podemos asemejar el vínculo materno-filial al paterno-filial.

Proponemos una investigación de corte cualitativo basada en la entrevista en profundidad al objeto de estudio: padres (hombres) noveles; y grupos de discusión a matronas como figura profesional más representativa y que está directamente implicada con la salud reproductiva de la mujer y del cuidado del recién nacido.

Así podemos afirmar que la idea de familia típica tal y como es aceptada entra en crisis entorno a los años noventa, emergiendo así la figura de los Nuevos Padres, concepto introducido por Bonino (2003). Nos encontramos con un padre cuya presencia en el cuidado de los hijos tiene una gran importancia en el buen desarrollo de los mismos (Alberdi & Escario, 2007).

Por tanto debemos trabajar sobre el modelo de Nuevos Padres para definir la implicación de éste en la crianza. La matrona es la profesional más cualificada para servir como agente impulsor de cambio.

Palabras clave: Crianza, padre, matrona.

INTRODUCCIÓN

Estado de la cuestión. Marco Teórico

El concepto de paternidad ha sido en las últimas décadas un término cambiante. Tanto es así que la sociedad ha observado una mutabilidad del rol del hombre en el ámbito familiar. Existe una controversia acerca del aporte del hombre a la familia.

Si entendemos la paternidad tal y como es definida por la Real Academia de la Lengua Española (2001) “Cualidad de padre”, respecto al término padre esta misma entidad la define como “Varón o macho que ha engendrado”. De dichas definiciones, observamos que no impli-



ca rol alguno con respecto a la familia.

No obstante, la realidad es bastante diferente, como encontramos en Vicuña y Reyes (2002)

“Sandra Ferketich descubrió que la tendencia a criar se encuentra tanto en varones como en mujeres, así como el deseo de sentirse conectado emocionalmente con los hijos. Otro investigador, Ross Parke, especifica que tanto los padres como las madres son igualmente capaces de interpretar las señales de sus hijos indicativas de hambre, molestias o fatigas, e igualmente capaces de responder a ellas de manera adecuada”. (p.1)

En nuestra construcción sobre la temática de la paternidad encontramos en la obra de Paterna, Martínez y Rodes (2005) otros autores como

“Silverstein et al. (1999) que afirman que el rol paternal incluye, además de proveer de recursos económicos, el compromiso activo con la alimentación, cuidado y educación de los hijos, sin descuidar la parte afectiva y el estar en todo momento accesible emocionalmente. Por su parte, Lamb (1987) definió la conducta paternal a partir de los conceptos de accesibilidad, responsabilidad y obligación como compromiso. Asimismo en EEUU están surgiendo una serie de movimientos sociales que intentan reconstruir el rol de paternidad con el fin de incrementar la responsabilidad del padre, por ejemplo, a través de los movimientos

de hombres pro-feministas (Levant & Pollack, 1995) o los neoconservadores”. (p.275)

Como hemos visto la relación padre-hijo pasa del papel meramente protector hasta involucrase en la crianza en la sociedad actual. El punto de inflexión en la sociedad occidental fue probablemente en la década de los años 80 cuando hubo una inserción masiva de la mujer al mundo laboral y la solvencia económica de éstas.

Si abordamos la temática de la figura paternal desde el punto de vista de la Ciencia Enfermera, podemos utilizar la teoría de Ramona T. Mercer como sustento de nuestras afirmaciones. En su teoría primitiva titulada “Adopción del rol maternal”, Mercer (1981) expone el concepto de adopción del rol maternal entendido como “proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol”. En dicha definición entendemos que el cuidado de la madre hacia su hijo, está fundamentado en roles aprendidos. Mercer sostiene “los roles no están fijados; por tanto, carece de importancia que persona se encarga de realizar los distintos roles” (Mercer, 1990). Así el rol del padre cuidador puede compararse de forma idéntica al rol de madre cuidadora. Posteriormente la estudiosa realiza una revisión de su teoría y modifica su premisa, defendiendo que la crianza no es una mera cuestión de roles; desechó el término adopción del rol maternal para llegar al concepto de “Convertirse en madre”. Amplía la visión afirmando que algunos roles podrían terminar y convierte a la crianza en un compromiso de por vida (Marriner, 2009). En su modelo revisado habla de la consecución cronológica de cuatro etapas necesarias para convertirse en madre:

1. “Compromiso y preparación.
2. Conocimiento, práctica y recuperación física.
3. Normalización.
4. Integración de la identidad materna.”

La etapa 1 hace referencia al embarazo en el que la mujer toma conciencia de los cambios y se prepara para la maternidad. La segunda habla de la adaptación y recuperación del embarazo y parto. En la tercera se produce una normalización y como última etapa tenemos la integración de la identidad materna tener una visión interiorizada de sí misma como madre (Mercer, 2004).

Si extrapolamos estos conceptos al campo de nuestro estudio, entendemos que tal y como Mercer los define son fácilmente semejables a la figura del padre en relación a la crianza, de manera que el padre podría pasar por dichas etapas hasta convertirse en padre de igual forma que lo hace la madre. Podemos afirmar que todas las etapas son análogas en la figura masculina (a excepción de la recuperación física de la fase 2 como es obvio).

Si continuamos con el estudio de las enfermeras teóricas encontramos que podemos enmarcar nuestra construcción sobre la paternidad en la teoría de los “Cuidados Culturales” de Madeleine Leininger, al tomar como centro de estudio la figura del padre en occidente para aplicar unos cuidados de calidad, ya que, los cuidados culturales son vitales para el bienestar, la salud, el crecimiento y la supervivencia (...) formando estos el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros (Leininger & McFarland, 2005). Dándose solo estos cuando la enfermera tiene conocimiento y hace uso adecuado y coherente de los valores, expresiones y modelos.

Entendemos que para ofrecer unos cuidados culturalmente congruentes, según dice Marriner (2009) “no podemos separar las concepciones del mundo, la estructura social ni las creencias culturales cambiantes en nuestro medio” (p.481) como son la figura del padre en la cultura occidental actual y su función en la estructura social dentro y fuera de la familia. Siendo esencial el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de este campo de estudio, que es relevante para entender el fenómeno que se nos presenta (Leininger, 1996).

Por todo ello se puede conseguir una reestructuración de los cuidados culturales, facilitando a los nuevos padres a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos que respondan a las demandas de la sociedad actual en occidente.

Justificación

Nuestras competencias tal y como las define la Confederación Internacional de Matronas (2005), especifican que la matrona “tiene una tarea importante en el asesoramiento (...), no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe (...) extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.”

Asimismo, la situación actual en el mundo occidental refleja un cambio gradual de la figura del padre en la crianza de su descendencia, dándose una implicación mayor del papel paterno en esta, tal y como recoge Bonino (2003) “comienza a emerger un fenómeno que suele llamarse el renacimiento del padre o la aparición de los nuevos padres (...) alejada de los modelos de padre distante y autoritario” (p.173). Este fenómeno hace que surjan nuevas demandas tanto dentro del ámbito familiar

y por extensión de la comunidad, haciéndose necesaria la actualización del corpus doctrinal entendiendo el cambio en toda su globalidad.

Nosotros como hombres profesionales de la matronería estamos especialmente motivados con el emergente cambio del rol paterno siendo necesario entender este fenómeno para dar un soporte adecuado planteándonos las siguientes cuestiones: ¿Cuál es la verdadera implicación del padre en la crianza? ¿Es beneficiosa dicha figura? ¿Qué actividades concretas realiza el padre en relación a la crianza? ¿La matrona ayuda desde su perspectiva profesional a que se desarrolle esa figura?

Es por lo que nos planteamos los siguientes objetivos.

Objetivos

- Analizar los patrones existentes de comportamiento paternal en occidente en la actualidad.

- Reivindicar la figura del padre como eje fundamental en la crianza de su hijo/a.

- Valorar y fomentar la visión de la matrona que gira en torno a la representación simbólica del rol del padre en las tareas relacionadas con la crianza.

MATERIAL Y MÉTODO

Propuesta de investigación de corte cualitativo. Utilizamos la investigación cualitativa debido al carácter del conocimiento del fenómeno de forma global, recogido en Salamanca A., y Martín-Crespo C. (2007) “tiende a ser holista, ya que se esfuerza por comprender la totalidad del fenómeno de interés”. Centrándonos en el análisis de los patrones sociales objeto de este estudio, pretendemos “(...) construir un modelo de lo que se intuye en el ambiente social” (p.2) tal y como defiende este tipo de investigación.

Los instrumentos propuestos serán:

- Revisión bibliográfica en bases de datos: CUIDEN, ISOC, Cochrane.

- Entrevistas en profundidad a los sujetos de estudio.

- Grupos de discusión a las matronas como figura profesional más representativa y que está directamente implicada con la salud reproductiva de la mujer y del cuidado del recién nacido.

Abogamos por la entrevista en profundidad como técnica de elección en este estudio entendida según Blasco T., y Otero L. (2008) como “los reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p.2)

El objeto de estudio será:

- Los padres (hombres) noveles.

- Matronas.

El estudio de investigación propuesto será llevado a cabo por dos residentes de matrona de la Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud. El contexto en el que se realizará el estudio será el área I de Salud de la Región de Murcia, en Atención Primaria de Salud, zona básica Murcia/El Palmar.

Se llevará a la práctica con sujetos voluntarios durante el primer semestre del año 2012, previa petición escrita a los participantes.

Consideraciones éticas. Se pedirán los permisos oportunos a la institución sanitaria y al comité de ética, así como a los participantes del estudio mediante el consentimiento informado.

BIBLIOGRAFÍA

- Abril, P., y Romero, A. (2005). Masculinidad y trabajo. Las empresas con políticas de género y sus consecuencias sobre la masculinidad. *Sociología del Trabajo*, 55, 3-26.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Barcelona: Taurus.
- Alberdi, I., y Escario, P. (2007). *Los hombres jóvenes y la paternidad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Álvarez, C. (2005). Múltiples maternidades y la insoponible levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*, 15, 411-455.
- Blasco T., y Otero L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Revista Nure de Investigación*, 33, 1-5.
- Branches, M.A. (1999). Género masculino: buscando al padre en la literatura. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 4 (11), 37-43.
- Bock, G., y Thane, P. (1996). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- BOE n.242, 7 octubre 2009.
- Bonino, L. (2003). Las nuevas paternidades. *Cuadernos de trabajo social*, 16, 171-182.
- Burns, N., y Grove S.K. (2011). *Investigación en Enfermería*. Barcelona: EDIDE, S.L.
- Calderón E., y Morales A. (2007). *La madre en la antigüedad: literatura, sociedad y religión*. Madrid: Signifer Libros.
- Foucault, M. (1998). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50 (3), 3-20.
- Gilmore, D.D. (1994). *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós.
- Héritier, F. (2003). *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Hidalgo, M.V. y Palacios J.(1996). Apoyo a las familias durante la transición a la paternidad: evaluación de un programa de educación de padres. [Abstract]. *C & E Cultura y educación*, (4), 71-84
- Jiménez, A.B. (2004). La paternidad en entredicho. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G20_19AnaBelen_Jimenez_Godoy.html
- Jociles, M.I., y Rivas, A.M. (2010). ¿Es la ausencia del padre un problema? La disociación de los roles paternos entre las madres solteras por elección. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G26_04Isabel_Jociles-AnaMaria_Rivas.html
- Martine, S. (1992). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus Universitari
- Marriner, A. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Science
- Moncó, B., y Rivas, A.M. (2007). La importancia de “nombrar”. El uso de la terminología de parentesco en las familias reconstituidas. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G23_23Beatriz_Monco_y_AnaMaria_Rivas.html
- Nash, M. (1984). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Ediciones del Serbal
- Paterna, C., Martínez C. y Rodes, J. (2005). Creencia de los hombres sobre lo que significa ser padre. *Interamerican Journal of Psychology*, 32(2), 275-284
- Perdiguero, E., y Comelles, J.M. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra 2000.
- Real Academia Española. (Vigésimo segunda edición) (2001). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: www.rae.es
- Requejo, A. (1979). *Perspectivas educativas de la antropología sociopsicoanalítica*. Recuperado de: <http://ddd.uab.cat/pub/enrahonar/0211402Xn5-6p163.pdf>
- Salamanca A., y Martin-Crespo C. (2007). El diseño de la investigación cualitativa. *Revista Nure Investigación*, 26, 1-6.
- Sefton, A.P. (2006). Paternidades de las culturas contemporáneas. *Revista de estudios de género. La ventana*, 23, 37-69.
- Siles, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Alicante: DAE S.L. Universidad de Alicante.
- Stuart, J. (1999). *La esclavitud femenina*. Recuperado de: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02589516444614584232268/index.htm>
- Torns, T. (1995). Mercado de trabajo y desigualdades de género. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6, 81-92.
- Vicuña, J. y Reyes, M.V. (2002). *El Rol del Padre y su Influencia en los Hijos*. Fundación Chile Unido, 64, 1-2.

Vivência da entrevista fenomenológica com usuários de crack: um relato de experiência

Phenomenological experience of interview with users of crack: an experience report

Experiencia fenomenológica de la entrevista con consumidores de crack: un relato de experiencia

Fernando José Guedes da Silva¹ e Claudete Ferreira de Souza Monteiro²

¹ Enfermeiro pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI). Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental. Teresina, Piauí, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Piauí e Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI). Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental. Teresina, Piauí, Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital: Guedes da Silva Junior, J e Ferreira de Souza Monteiro, C. (2012) Vivência da entrevista fenomenológica com usuários de crack: um relato de experiencia. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 32.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.03>>

Correspondência: Fernando José Guedes da Silva Júnior: Rua Alcides Freitas, 648, Matinha. CEP: 64003-150.

Email: fernandoguedes123@hotmail.com

Recibido: 22/11/2011 - Aceptado: 20/02/2012



ABSTRACT

The aims of this paper is to describe the experience of one of the authors in obtaining reports of crack users using the phenomenological interview. Walk in this process were considered key strategies for approaching the subject of this study, since they supported the familiarity and empathy researcher-subject to this overriding methodological strategy. This manifested itself as a strategy for the seizure of intrinsic meanings about death and dying for user-to-be-crack. Obtaining reports reflect the experience of them in the consumption of crack cocaine led to the fact that the absence

of an existential sense, one can be and being in the world.

Key words: Illicit drugs. Crack cocaine. Nursing.

RESUMEN

El propósito de este trabajo es describir la experiencia de uno de los autores en la obtención de informes de los consumidores de crack con la entrevista fenomenológica. Caminar en este proceso se consideraron las principales estrategias para abordar el tema de este estudio, ya que el apoyo de la familiaridad y la empatía investigador-sujeto de esta estrategia metodológica predominante. Esto se manifestó como una estrategia para la toma de los significados intrínsecos sobre la muerte para el usuario-a-ser-crack. Obtención de informes reflejan la experiencia de ellos en el consumo de cocaína llevó al hecho de que la ausencia de un sentido existencial, se puede estar y ser en el mundo.

Palabras clave: Las drogas ilícitas. Cocaína crack. De enfermería.

RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever a vivência de um dos autores na obtenção dos relatos de usuários de crack utilizando a entrevista fenomenológica. No trilhar deste processo consideraram-se fundamentais as estratégias de aproximação aos sujeitos deste estudo, uma vez que estas subsidiaram a familiarização e empatia sujeitos-pesquisador imperativas a essa estratégia metodológica. Esta concretizou-se como uma estratégia intrínseca a apreensão dos significados acerca da morte e do morrer para o ser-usuário-de-crack. A obtenção de relatos traduzem a vivência deles no consumo do crack fato que os levou a ausência de um sentido existencial, de poder-ser e de ser-no-mundo.

Palavras-chave: Drogas ilícitas. Cocaína crack. Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, até o início do século XX, não havia relato sobre abuso e dependência ou preocupações maiores com o crack. No entanto, no período de 1910 a 1920, subleva-se uma grande preocupação com o seu consumo nas grandes cidades: São Paulo e Rio de Janeiro. O país não é um produtor significativo de crack, mas faz parte da rota colombiana do tráfico para os Estados Unidos e Europa, e, mais recentemente, ingressou na conexão nigeriana, vindo a droga a entrar em grandes quantidades no país (Ferreira Filho et al., 2003).

Estima-se que o crack seja consumido por 0,3% da população mundial e que a maior parte dos usuários, cerca de 70%, concentram-se nas Américas(5). No Brasil, o uso do crack atinge 0,7% da população geral, constituindo-se a terceira substância ilícita mais utilizada, perdendo somente para a maconha (8,8%) e

para os solventes (6,1%) (Galduróz et al., 2005; Duailibi; Ribeiro; Laranjeira, 2008; Bernardy; Oliveira, 2010).

A construção teórica do trabalho de campo tem como fundamentação os estudos que mostram como o crack se tornou, nas últimas décadas, um produto de comércio ilícito, cuja produção e distribuição, em escala global, vêm ocasionando desordens sociais, econômicas, políticas, familiar e individual, tornando-se sério problema de saúde pública e grande preocupação para governantes e a sociedade em geral (Ferreira Filho et al., 2003; Galduróz et al., 2005).

Como base metodológica, o trabalho seguiu o método fenomenológico que parte da interrogação ao sujeito; descrição e distinção a partir da compreensão dos próprios sujeitos de estruturas ditas essenciais para construção de unidades de significação e, por fim a hermenêutica (Heidegger, 2009). Na construção desse relato nossa proposta leva o leitor a se voltar ao “como fazer” para interrogar o sujeito. Portanto, o texto pretende oferecer ao iniciante, no fascinante mundo do pesquisar, uma possibilidade de compreensão dessa técnica quando o grupo de entrevistados venha a ser usuários de drogas.

Diante do imaginário popular de que o usuário de crack possa ser uma pessoa de difícil aproximação e que mesmo em tratamento mantém certo distanciamento dos outros, a riqueza dessas entrevistas e desses encontros e o material produzido a partir deles justificam ser relatados como uma experiência enriquecedora tanto para o entrevistador quanto para os entrevistados. Assim, apresentamos como objetivo deste trabalho descrever a vivência de um dos autores na obtenção dos relatos de usuários de crack utilizando a entrevista fenomenológica.



METODOLOGIA

Ora decidido o cenário do estudo de campo, realizei uma visita inicial na perspectiva de conhecer a estrutura física e, principalmente, aproximar-me do contexto que permeia as relações humanas desses indivíduos no novo ambiente em que se encontravam (usuários-profissionais; usuários-usuários; profissionais-profissionais). Nessa primeira aproximação fui apresentado aos profissionais e na ocasião mostrei o objetivo do estudo, as contribuições e o método a ser seguido. Esse foi um momento que considerei importante pela postura acadêmica, profissional e atenciosa como fui recebido e a relevância que atribuíram ao estudo.

De imediato, fui convidado a participar das terapias de grupo mediadas ora pela enfermeira, ora pelo psicólogo e ora pelo terapeuta ocupacional. Tive, inclusive, a oportunidade de auxiliar na coordenação de algumas dessas sessões e assim pude estabelecer uma familiarização e empatia entre os sujeitos possíveis de participarem do estudo. A relevância do investigador assumir uma atitude de empatia, de diálogo, de liberdade e de cooperação, pois assim favorecerá a compreensão e levará ao alargamento de seu horizonte, que se fundirá com o horizonte do pesquisado (Carvalho; Valle, 2002; Carraro et al., 2011).

Destaco que essa disposição de abertura do pesquisador diante do cenário de estudo seja ao mesmo tempo apaixonante e árdua, pois o desafio de aprender a olhar como se estabelecem essas relações e quais as contribuições do serviço tanto para os sujeitos quanto para o pesquisador necessitem de disciplina e do desejo de abrir-se ao mundo para experimentar algo desprovido de conceitos pré-estabelecidos. Acredito que nessa disposição de abertura em que me coloquei, já lançava mão dos conceitos fenomenológicos heideggeriano de que o ser encontra-se vinculado ao mundo e essa vinculação é sempre com. Essa vinculação é sempre experiência de (Pokladek, 2000).

A aproximação inicial com os usuários de crack me permitiu convidá-los. O livre aceite de uns não foram de outros. Alguns usuários se esgueiravam mansinho pelos cantos numa demonstração clara de evitação. Respeitei todos os modos de se presentificarem nesses momentos.

Para as entrevistas me foi cedida uma sala de consultório, de forma que havia privacidade para os diálogos e para as gravações. Durante o período de obtenção dos depoimentos pude entrevistar 12 usuários de crack, do sexo masculino, maiores de 18 anos e com ensino fundamental completo. Todos possuíam um percurso semelhante quanto a dinâmica do consumo de drogas: iniciaram com uso do loló e lança perfume, seguindo com o consumo da maconha, cocaína e crack.

Destaca-se que esse dados foram produzidos no período de janeiro a março de 2011, para obtenção dos depoimentos com um grupo de usuários de crack que se encontrava em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad), em Teresina. Os depoimentos obtidos com esse grupo foram analisados no

Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Enfermagem da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (Novafapi), intitulado “O significado da morte e o morrer para o ser-usuário-de-crack”. Esse trabalho recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Novafapi (CAAE nº. 0468.0.043.000-10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ENTREVISTA: *apreender com o outro*

Iniciou-se as entrevistas a partir dos questionamentos: comente livremente como é ser-usuário-de-crack? Como você relaciona ser-usuário-de-crack com a morte e o morrer? Esses questionamentos me levariam a ouvir relatos de vivência com o crack e como a morte se entrelaça nesse modo de estar e ser-no-mundo.

Os primeiros jovens entrevistados já me fizeram refletir acerca do miserável mundo em que se encontravam. Como se tratava de usuários em tratamento, a dor da separação com o crack é emitida pela fala, pelos gestos, pelo olhar. É algo tão profundo e tão desconcertante para o ouvinte que nos colocam diante de situações jamais imaginadas. Saí desses encontros buscando comigo as diversas razões que impulsionaram esses jovens a adotar o crack como parceiro de vida e de morte. Essa sensação me levou ao afastamento temporário para rever meus conceitos sobre as pessoas que submergem nesse mundo. Considero que somos seres cheios de pré-conceitos e atingir ao que Russel nos orienta para dotar uma suspensão de juízo de valor ante o fenômeno descrito ou de abandono de pressupostos anteriores em relação ao fenômeno é algo intensamente difícil quando realizamos uma entrevista fenomenológica.

Uma vez que o discurso pode ser partilha-

do no ser-com, mas para que haja a compreensão é necessário à escuta (Monteiro; Souza, 2005; Moreira; Monteiro, 2009; Batista; Merighi; Freitas, 2011). A escuta atenta compartilha o ver e o sentir. Nesse compartilhar o pesquisador desenvolve a subjetividade para compreender o procurado. “Existencialmente, o discurso é linguagem porque aquele ente, cuja abertura se articula em significações, possui o modo de ser-lançado-no-mundo, dependente de mundo” (Heidegger, 2009, p. 220). Assim, era preciso ouvir para depois buscar a compreensão desse mundo dos meus depoentes.

Os entrevistados seguiram com relatos semelhantes. Uns dotados de sentimentos de medo, de angústia, outros de paixão pela droga a ponto de expressarem que o crack é vida para eles e que por eles lutam cotidianamente. Em outros relatos o crack é a própria morte.

Essa técnica de obtenção de dados é considerada como um “encontro social”, cuja dinâmica necessita primordialmente da empatia e da intersubjetividade, para que ocorra a apreensão mútua de percepções, significados, vivências. Nessa compreensão pude captar que a instantânea euforia desencadeada pelo consumo do crack reforça e motiva, para a maioria dos indivíduos, o desejo de um novo episódio de consumo subsidiando o estabelecimento de uma relação íntima e quase incoercível entre o dependente e a droga. Embora sintam e conheçam as conseqüências desse uso, eles ultrapassam qualquer obstáculo para irem cada vez mais ao “fundo do poço”, numa tentativa desenfreada de sobreviver pela droga.

A entrevista fenomenológica por permitir uma profunda interação com o entrevistado possibilita a este abrir-se tão intensamente que os relatos parecem trazer junto não só o perguntado, mas um mundo que queria ser

descoberto. No caso dos meus entrevistados, os relatos me levaram a refletir que no fenômeno da dependência de drogas, repousa a privação de valor à vida e a ausência de um verdadeiro e significativo sentido existencial. O usuário de crack não pertence a nada e a ninguém, mas na busca de sua sobrevivência ele morre a cada dia, considerando que a morte é um modo de ser que a presença assume no momento em que é (Heidegger, 2009).

Computo como pontos positivos dessa técnica a minha própria reflexão, como jovem, inserido no grupo de risco para tal consumo, acerca da destruição do “Ser” promovida pela utilização de tal substância. Destaco, ainda, que para efetivação da entrevista fenomenológica o entrevistador deve preparar-se não só tecnicamente, mas, sobretudo, emocionalmente, pois conforme relato nesse texto, experienciamos situações, por vezes, tão dolorosas e que nos rodeiam na cotidianidade e que é preciso preparo do pesquisador para adentrar no mundo vivido dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista fenomenológica concretizou-se como uma estratégia intrínseca a apreensão dos significados acerca da morte e do morrer para o ser-usuário-de-crack, uma vez que esta labora como um “encontro social” mediada por características, tais como: empatia e familiarização são imperativas para o sucesso na obtenção dos relatos.

Considero as abordagens iniciais fundamentais (visita ao CAPSad e participação das terapias de grupo) para a aceitação dos usuários a participar deste estudo de forma voluntária conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como para obtenção de relatos que traduzem a vivência deles no consumo do crack .

REFERÊNCIAS

- Baptista, PCP; Merighi, MAB; Freitas, GF. (2011) El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, Granada, Jan.-Abr., 15(29): 9-15.
- Bernardy, CCF; Oliveira, MLE. (2010) O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, Mar., 44(1):11-7.
- Carraro, TE; Kempfer, SS; Sebold, LF; Oliveira, MFV; Zeferino, MT; Ramos, DJS et al.(2011) Cuidado de Saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. *Cultura de los cuidados*, Granada, Jan.-Abr., 15(29):89-96.
- Carvalho, MDB; Valle, ERM. (2002) A pesquisa fenomenológica e a Enfermagem. *Acta Scientiarum*, Maringá, Abr., 24(3): 843-7.
- Duailibi, LB; Ribeiro, M; Laranjeira, R. (2008) Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*, São Paulo, Dez., 24(4):545-57.
- Ferreira Filho, OF; Turchib, MD; Laranjeira, R; Castelo, A. (2003) Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, Jul., 37(6): 751-9.
- Galduróz, JC; Noto, AR; Nappo, SA; Carlini, EA. (2005) II Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Estudo envolvendo 108 maiores cidades do País. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Heidegger, M. (2009) *Ser e Tempo*. Vozes, Petrópolis.
- Monteiro, CFS; Souza, IEO. (2007) Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto Contexto enferm.*, Florianópolis, Jan.-Mar., 16(1):26-31.
- Moreira, ICC, Monteiro, CFS. (2009) Vivência da entrevista fenomenológica com prostitutas: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*, Brasília, Jul., 62(4): 789-92.
- Pokladek, DD. (2000) A fenomenologia do cuidar. *Fenomenologia e análise do existir* (Castro, DSP. org.), Sobraphe, São Paulo pp. 215-23.

Historia

La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería

The International Council of Nurses incidence for the history and socialization of Nursing

O impacto do Conselho Internacional de enfermeiros na história e socialização dos enfermeiros

Taka Oguisso

Licenciada en Enfermería y abogada. Doctora en Salud Pública y Profesora Titular (catedrática) de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil. Presidenta de la Academia Brasileña de Historia de la Enfermería. Perteneció al staff del CIE, como directora ejecutiva adjunta, de 1987-1998.

Cómo citar este artículo en edición digital: Oguisso, T. (2012) La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.04>

Correspondencia: Taka Oguisso. Departamento de Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Avda. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. Sao Paulo SP. Brazil. CEP: 05403-000.

Email: takaoguisso@vol.com.br

Recibido: 20/11/2011 - Aceptado: 12/2/2012



ABSTRACT

The International Council of Nurses (ICN) is a federation of national nurses associations (NNA), created in 1899, by a small group of visionary women, in a milieu of enormous social changes such as industrial revolution and the slavery abolition and with woman's social rights, including the right for voting, social progressivism and healthcare reform. Against all odds, ICN has survived for over 100 years, due to dedication of three women: Ethel Bedford Fenwick, Lavinia Dock and Agnes Karll

who created the very first international health professionals organization. The ICN incidence was very instrumental as nursing was just giving its first steps after being institutionalized as a profession by Florence Nightingale. The ICN diffusion and socialization will also benefit the History of Nursing as a field of study. Being the nurses' voice ICN can make their profession to develop and reach out wider geographical boundaries and to learn better their own profession and the nursing professional identity.

Key words: nursing history, history of the International Council of Nurses.

RESUMO

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação de organizações nacionais de enfermagem, criada em 1899 por um pequeno grupo de mulheres visionário em

meio a enormes mudanças sociais, como a revolução industrial e da abolição da escravatura, bem como a luta pela direitos das mulheres, social progressismo e reforma da saúde. Apesar de todas as crenças contrário, ICN sobrevive por mais de 100 anos desde que foi fundada, principalmente por três mulheres que se dedicam: Ethel Bedford Fenwick, Lavinia Dock e Agnes karll que criou a primeira organização internacional de profissionais de saúde. A incidência de ICD foi fundamental como a enfermeira estava dando seus primeiros passos após a institucionalização da profissão feita por Florence Nightingale. A divulgação e socialização da CIE será benéfico também para a História da Enfermagem, como campo de estudo. Como titular da voz enfermeiras podem crescer e chegar a um muito mais amplo limites geográficos para aumentar o conhecimento sobre sua própria profissão e da identidade profissional da enfermagem.

Palavras-chave: história da história da enfermagem, do Conselho Internacional de Enfermeiros.

RESUMEN

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de organizaciones nacionales de enfermería, creada en 1899, por un pequeño grupo de mujeres visionarias en medio a enormes cambios sociales tales como la revolución industrial y la abolición de esclavitud además de la lucha por los derechos de la mujer, el progresivismo social y la reforma de la salud. A pesar de todas las creencias al contrario, el CIE sobrevive por más de 100 años desde que fue fundado básicamente por tres dedicadas mujeres: Ethel Bedford Fenwick, Lavinia Dock y Agnes Karll que crearon la primera organización internacional de pro-

fesionales de salud. La incidencia del CIE fue instrumental pues la enfermería estaba dando sus primeros pasos después de la institucionalización de la profesión hecha por Florence Nightingale. La difusión y socialización del CIE será beneficiosa también para la Historia de la Enfermería, como un campo de estudios. Como porta-voz de los enfermeros podrá hacer crecer y alcanzar límites geográficos mucho más amplios para que conozcan mejor su propia profesión y la identidad profesional de enfermería.

Palabras clave: historia de la enfermería, historia del Consejo Internacional de Enfermeras.

INTRODUCCIÓN

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de organizaciones nacionales de enfermería admitidas formalmente como miembros. Tiene como misión representar a los enfermeros de todo el mundo, hacer avanzar la profesión e influir en las políticas de salud. Son sus objetivos: influir en la política de enfermería, de salud, social, y en las normas profesionales y socioeconómicas en todo el mundo; ayudar a las asociaciones nacionales de enfermería (ANEs) y a la competencia de las enfermeras(os); promover el fortalecimiento de las ANEs; representar a las enfermeras y a la enfermería en el plano internacional; establecer, recibir y gestionar fondos y fideicomisos que contribuyan al progreso de la enfermería y del CIE.

Así se justifica conocer un poco más sobre esta organización, entender su política de acción y las motivaciones que la sustentan como institución representativa de los enfermeros de todo el mundo y la voz de la enfermería en el plano internacional.

El CIE es económica y políticamente independiente, autónoma, no partidista ni gubernamental, compuesta por más de 135 asociaciones nacionales de enfermería (ANEs) y representa a más de dos millones de enfermeros. Su sede propia se encuentra en Ginebra, Suiza.

La organización está dirigida por una Junta Directiva de 15 miembros, procedentes de todos los continentes que componen las siete regiones del CIE, elegidos para un mandato de cuatro años y se reúne una vez al año, por cuatro a cinco días en su sede, Ginebra. La preside un Director Ejecutivo y un staff de aproximadamente 14 a 15 funcionarios fijos (de ellos 4 a 5 son enfermeros y otras son secretarías y archivadoras); hay además algunos especialistas contratados por plazo determinado para desarrollar proyectos específicos.

El mayor órgano de deliberación del CIE es el Consejo de Representantes Nacionales (CRN) que se reúne una vez cada dos años para decidir sobre las políticas de la organización, aprobación de cuentas, establecimiento de cotizaciones, admisión de nuevos miembros y elección de los miembros de la Junta Directiva. Cada ANE elige un(a) representante, que puede ser el propio presidente(a), algún miembro de la Junta Directiva local o cualquier otra persona que sea enfermero(a), acreditado por la ANE. Cada organización nacional puede enviar un representante oficial y uno o dos suplentes para el CRN, sin embargo, cada ANE independientemente del tamaño, tiene derecho a un solo voto.

Además del CRN, cada cuatro años, se realiza un congreso cuatrienal, en el cual pueden participar todos los enfermeros que estén afiliados a la ANE que es miembro del CIE. La presidenta del CIE para el periodo 2009-2013 es la enfermera Rosemary Bryant, de Australia.

Orígenes históricos

La historia de los primeros 65 años del CIE, de 1899 a 1964, fue publicada en 1967, por Daisy Bridges, Directora Ejecutiva de la organización en el periodo de 1948 a 1961. En verdad, Ethel Bedford Fenwick y Margaret Breay escribieron esta historia por primera vez, cubriendo el periodo de 1899 a 1925, con recopilaciones de datos de documentos oficiales y fue publicado en 1931. En 1989, Sheila Quinn escribió otro libro intitulado "ICN- past and present" (El CIE – pasado y presente), dándose continuidad a aquella historia de Bridges y también porque quería dejar registrada las iniciativas y la visión de las enfermeras-líderes y pioneras, para que las nuevas generaciones puedan inspirarse y llevar adelante este ideal hacia el futuro. Finalmente, Barbara Brush y Joan E. Linaugh, con otras cuatro colaboradoras de Inglaterra, Holanda, Canadá y Estados Unidos publicaron un nuevo libro en 1999 – Enfermeras de todas las naciones – sobre la historia del Consejo Internacional de Enfermeras, con motivo del primer centenario del CIE.

El objetivote este trabajo es describir sobre la importancia de tener una organización específica de enfermería a nivel mundial, que representa la profesión junto a organizaciones internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), agencias internacionales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como UNICEF, UNESCO y otras como la Cruz Roja Internacional; que promueva eventos científico-culturales para el intercambio de enfermeros de todo el mundo; y actúe como su portavoz frente a grandes plenarios anuales. Esta difusión y socialización de la historia del CIE será también beneficiosa para la Historia de la Enfermería y para todos



los que se dedican a estudiar este campo del saber, una vez que la incidencia del CIE ocurrió cuando la profesión daba sus primeros pasos después de la institucionalización hecha por Florencia Nightingale.

El Consejo Internacional de Enfermeras fue fundado el 1° de julio de 1899, en la ciudad de Londres. Parecería que todo empezó a partir de esa fecha, sin embargo no fue así. Es necesario retroceder un poco más para sentir el clima de la época y el contexto en el que fue creada esta organización.

En 1848, surgió en Estados Unidos de América (EUA) un clamor general de parte de las mujeres que querían igualdad de derechos educacionales, profesionales, políticos y de trabajo. Tal movimiento empezó primero en una convención realizada en Séneca Falls, una pequeña ciudad en el Estado de Nueva York. Como resultado de esta convención, aunque haya sido 40 años después, fue convocada una conferencia en el Teatro de Opera, en la ciudad de Washington, capital de los EUA, en marzo de 1888. Fue la primera conferencia del Consejo Internacional de Mujeres (CIM), asistida por 49 delegadas de once países y patrocinada por la Asociación Nacional del Sufragio Femenino que ya venía actuando extensamente a favor del derecho de voto de la mujer. El CIM

convocaba a las mujeres de todo el mundo para que se unieran para intercambio de ideas y discutir nuevos y efectivos métodos para asegurar la igualdad y la justicia que las mujeres buscaban desde hace mucho tiempo.

La idea de fundar una organización internacional partió de una enfermera inglesa, Sra. Ethel Bedford Fenwick (1857-1947), que era muy activa en el Consejo Internacional de Mujeres y en enfermería, pues había fundado, en 1888, la Asociación Británica de Enfermería. No se puede olvidar que en esta época se vivía plenamente el periodo pos-Revolución Industrial y de la abolición de la esclavitud, y las mujeres ya sentían la injusticia social por no tener el derecho al voto ni cualquier poder político o social.

Después de la conferencia de 1888, la reunión siguiente se llevó a cabo en la ciudad de Londres, en 1899. Ethel Fenwick fue nombrada miembro de la comisión de finanzas de ese evento, además de responsable de la organización de una comisión profesional. En esta comisión creó la sección de enfermería con un día para discutir asuntos de la profesión. En la reunión participaron enfermeras famosas de la época, entre las cuales Lavinia Dock (1857-1956), de Estados Unidos, Isla Stewart de Gran Bretaña y Grace Neil¹, de Nueva Zelanda. Esta Conferencia recibió una carta de Florencia Nightingale considerado como el último mensaje que dirigió personalmente a un grupo internacional de enfermeras.

Terminada la Conferencia del CIM, se realizó la Conferencia del Consejo de *Matrons* (denominación dada en Inglaterra a la directora de servicios de enfermería), presidida por Isla Stewart. Fue en este escenario, lleno de entusiasmo por la oportunidad de tener un encuentro para discutir cuestiones de enfermería, que surgió la idea de crear un órgano

internacional. Había necesidad de que enfermería estuviera organizada y que las enfermeras pudiesen tener un sistema de educación y un método para el control de la profesión. Se pensaba que los principios deberían ser los mismos para todos los países, pues la necesidad de progreso era común a todos los pueblos. La propuesta de Ethel era la creación de un Consejo Internacional de Enfermeras en los mismos moldes del Consejo Internacional de Mujeres, con representantes de organizaciones de enfermería de cada país. Esa institución internacional debería auxiliar, en primer lugar, en la creación y organización de asociaciones o consejos de enfermería en cada país, donde no existiera un órgano propio de enfermería. La propuesta fue aceptada con entusiasmo por las participantes formándose una comisión en la cual Margaret Breay fue elegida como secretaria y tesorera. Las participantes británicas fueron solicitadas a redactar una constitución, que se hizo circular entre todas las participantes, para que en la reunión del año siguiente fuera aprobada. Es curioso destacar que en esa reunión la representante de Dinamarca, Sra. Gordon Norrie, propuso el inglés como idioma oficial de la nueva organización.

LA CUESTIÓN DE LOS IDIOMAS

Se abre un paréntesis para discutir la cuestión de los idiomas en el CIE, asunto siempre polémico y emocional, que acarreó muchas luchas y disputas. El inglés fue, de hecho, adoptado como idioma oficial y así permanece hasta hoy, y desde 1967 junto a otros dos idiomas de trabajo, el francés y el español, cuando se produjo la reforma de la Constitución del CIE que pasó a regir a partir del Congreso Cuadrienal, realizado en Montreal, en 1969. Enfermeros procedentes de países que no hablaban inglés expresaron sus dificultades para discutir

en un forum internacional como el del CIE, en un idioma que no era el propio. Aún en la Constitución, enmendada en el 2009², el inglés continúa como idioma oficial, así entendido el idioma en que los documentos jurídicos del CIE y los archivos son mantenidos. En caso de alguna duda sobre el texto del documento traducido, prevalece el significado del texto original, en inglés. Los idiomas de trabajo, francés y español, son utilizados para traducir los documentos que se usan en reuniones del CRN y enviados a las asociaciones miembros de los países que hablen tales idiomas o cuando la organización miembro tenga optado por ese idioma.

El francés se incluyó como resultado de los reclamos de enfermeros franceses³ y canadienses pues en la primera mitad del siglo XX era considerado como idioma universal. Ya el español fue adoptado como tercer idioma al verificarse, en 1965, que la representación de enfermeros procedentes de países de habla española era mayor que el de francés. El CIE sólo tuvo una presidenta de idioma nativo español, la licenciada enfermera Nelly Garzon, de Colombia, en el período de 1985 a 1989. Para enfermeros oriundos de países que no hablan ninguno de estos tres idiomas del CIE (caso de Brasil, Japón, Italia, Tailandia, Egipto, etc) que son la absoluta mayoría entre sus asociaciones miembros, no hace ninguna diferencia, pues siempre estarán obligados a optar por uno de estos tres idiomas, teniendo de este modo que manejar y comunicarse con el CIE en un idioma que no es el propio. Sin embargo, asumen indirectamente el costo de la traducción e interpretación. Finalmente, en 1985, representantes de las asociaciones, francesa y canadiense, pidieron que la discusión sobre idiomas retornara y que se permitiera la inclusión del francés y del español como

idiomas oficiales. Esta resolución fue aprobada en 1989, con validez a partir de las elecciones de 1993. Así, a partir de ese año, la Junta Directiva del CIE con quince personas, siempre cuenta con representantes de lengua española y/o francesa y las reuniones tienen traducción simultánea en los tres idiomas.

Cabe destacar que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera, también, como oficiales esos tres idiomas, además del ruso, chino y árabe. El alto costo de la traducción e interpretación simultánea de esos idiomas en documentos, publicaciones y en las reuniones, imposibilita la mayor utilización de ese recurso, que sin duda, facilitaría una mejor comunicación entre los miembros.

Funcionamiento inicial

Cerrándose el paréntesis con relación al problema de los idiomas, retómese la historia del CIE nuevamente a partir de 1900, cuando la primera Constitución fue aprobada. Esta institución recién creada debería aceptar la afiliación como miembros a las organizaciones nacionales de enfermeros, sólo una por país siendo uno de los criterios de admisión que los enfermeros que componían la asociación fuesen formados en cursos de tres años de duración. Posteriormente este criterio tuvo que ser modificado, pues ni todos los países tenían cursos de enfermería con esta duración. El principio de aceptar solamente una organización representativa por país era justificado porque se consideraba que una institución poderosa, con la mayoría de los enfermeros unidos dentro de ella, era mejor que si existiesen varias organizaciones pequeñas, cada una representando parcelas de enfermeros. En verdad, este principio fue implementado a partir de 1904, pero sigue en pleno vigor hasta la Constitución actual del CIE. Por lo tanto, an-

tes de 1904, la afiliación podía ser de enfermeros de forma individual o de organizaciones, si existiesen. Hoy, sólo las organizaciones de ámbito nacional pueden ser afiliadas y los enfermeros pertenecen indirectamente al CIE por medio de sus respectivas entidades nacionales.

Ethel Fenwick fue elegida como primera Presidenta de la nueva organización, Lavinia Dock como secretaria y la canadiense, Agnes Snively, como tesorera. Un espacio cedido por la Sociedad para el Registro Estatal de Enfermeras, con sede en Londres, fue la primera instalación del CIE. En la reunión de 1900, la Asociación de Enfermeras de Buffalo (EUA) invitó a la nueva organización a realizar un congreso de enfermería en esta ciudad americana. La invitación fue aceptada y el congreso se realizó en julio de 1901. Después de este congreso poco se pudo hacer teniendo al Océano Atlántico separando a la presidenta y a la secretaria y sin los medios de comunicación y transporte más ágiles, como los que existen hoy. En este primer momento sólo Estados Unidos, Gran Bretaña, Irlanda (del Norte) y Alemania habían oficializado su afiliación al CIE. Después, ingresaron Dinamarca, Canadá, Finlandia y Holanda, en 1904. En la década de 1910 fueron India y Nueva Zelanda, y en la década de 1920, Italia, Bélgica, China, Noruega, África del Sur, Bulgaria, Cuba, Francia, Irlanda, Polonia, Brasil, Grecia, Filipinas, Suecia y Yugoslavia. Varios de esos países se desligaron, sobre todo, debido a situaciones de guerra o revolución en sus países, pero después regresaron. Por ejemplo, Cuba ingresó antes que Brasil, en 1925, pero después de la revolución cubana en 1959, se retiró del escenario internacional, retornando solamente en 1981. Ya Brasil ingresó en 1929 y mantuvo ininterrumpida afiliación a través de la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn) hasta 1997 cuando

pasó a ser representado por el Consejo Federal de Enfermería (COFEN). Otras ANEs de la Península Ibérica y América Latina fueron admitidas al CIE como puede verse a seguir:

1953 Chile

1957 Colombia, Panamá, Uruguay

1961 México, Venezuela

1965 España, Perú

1969 Portugal, Ecuador, Bolivia, Argentina, El Salvador, Costa Rica*

1973 Nicaragua

1977 Paraguay, Honduras, Puerto Rico**

1981 Cuba, Guatemala

1991 República Dominicana

*Costa Rica ingresó en 1969, después se retiró y fue admitida de nuevo en 1989.

**Puerto Rico fue admitido por el CRN de 1975, pero sólo ingresó oficialmente durante el Congreso Cuadrienal de 1977, en Japón. Se retiró en la década de 1990 porque en un plebiscito el pueblo votó para que su país se quedara como Estado Asociado de los Estados Unidos. Como el CIE ya tenía una representación americana, con derecho al voto, no podía mantener la de Puerto Rico, de acuerdo con el principio constitucional.

Asociaciones de países involucrados en el conflicto de la 2ª. Guerra Mundial (Japón, Alemania, Italia, Austria, Polonia, etc) también se retiraron del CIE y volvieron en 1949, al término de la guerra. Otros países como Checoslovaquia y Yugoslavia desaparecieron y con ellos desaparecieron las respectivas ANEs, surgiendo en su lugar las asociaciones de enfermería de la República Checa y la de Eslovaquia, resultante del desmembramiento de la antigua Checoslovaquia. Eslovenia, Croacia y Macedonia son de los países que emergieron de la antigua Yugoslavia, cuyas ANEs también se afiliaron al CIE. Se encuentran en proceso de filiación Moldavia, Senegal y Dominica. Otras entidades, como la de Irán, que se afiliara al



CIE en 1957, tuvieron que retirarse debido a problemas políticos en su país.

Todos estos aspectos son discutidos y votados en el CRN, cuando las líderes de cada país deciden los rumbos de la organización, la toma de decisión política por el CIE, así como la prestación de cuentas, elección de nuevos miembros de la Junta Directiva y otras cuestiones internacionales.

Actividades internacionales

Como se ha referido anteriormente, hasta 1904 la afiliación de los enfermeros al CIE podía hacerse individualmente y también de las ANEs, si estas ya existiesen. Desde el inicio de su fundación, el CIE dependió exclusivamente del trabajo voluntario de enfermeras dedicadas.

En 1909, el congreso ocurrió en la ciudad de Londres y fue elegida como presidenta del CIE una legendaria figura alemana de la época, Sra. Agnes Karll, que había fundado la Asociación Alemana de Enfermería, en 1903. Florencia Nightingale ya estaba muy enferma y debilitada y la presidenta pidió que el CRN concordara con el envío de una carta para ella, que fue respondida por una prima suya. En esa reunión de Londres, los participantes resolvieron presionar para que se crearan órganos

de control y fiscalización en todos los países, contra el cual hubo una manifestación de médicos y autoridades de los hospitales. En esa reunión se incentivó, también, el trabajo de las enfermeras para la obtención del derecho de voto, como un derecho de ciudadanía, en los respectivos países, alabando a las que habían conquistado este derecho, como el caso de las finlandesas, en 1905.

El congreso siguiente fue en la ciudad de Colonia, Alemania, en 1912. En este Congreso, por primera vez los hombres enfermeros comenzaron a participar y las asociaciones de India y Nueva Zelanda fueron admitidas. Hubo también homenaje a Florencia Nightingale que había fallecido en agosto de 1910, y por ello, Ethel Fenwick propuso que se instituyera una fundación con su nombre para el desarrollo de la educación de enfermería, a fin de que los enfermeros de todo el mundo pudieran prepararse debidamente y seguir su ejemplo. En la ocasión fue recordado, también, que el local del evento, Colonia, estaba muy próximo de Kaiserwerth, lugar donde Florencia había aprendido los fundamentos iniciales de la enfermería. En Colonia fue elegida la primera americana, Annie Goodrich, como presidenta del CIE.

La reunión siguiente sería en San Francisco, en 1915, pero en setiembre de 1914, varias organizaciones informaron que no podrían enviar representantes debido al inicio de la 1.ª Guerra Mundial (1914-1918). De hecho, sólo pudieron comparecer los representantes de Inglaterra, Australia y Holanda, viajando todas por navío. Lavinia Dock, que continuaba como secretaria honoraria del CIE, no pudo comparecer porque estaba totalmente involucrada en la lucha por el derecho del voto femenino en su país, lo que se obtuvo en 1919.

Como se ve, las raíces del CIE están muy

ligadas al sufragio femenino, a los derechos de la mujer y reformas sociales para fortalecer la profesión y tener voz en los círculos políticos y de poder. De cualquier forma, además de la convención americana de los enfermeros hubo la reunión para tratar los asuntos del CIE, cuando fue elegida la danesa, Henny Tcherning, como presidenta del CIE, para el mandato siguiente que sería de 1915 a 1919, pero solo terminó en 1922, porque debido a la Primera Guerra Mundial, no hubo posibilidad de que el CIE convocara una reunión. En este último año de su mandato fue realizada, en Copenhague, la reunión del Gran Consejo, como era llamado anteriormente el CRN, siendo elegida como presidenta del CIE Sophie Mannerheim, de Finlandia.

En 1925 en Helsinki, capital de Finlandia, fue realizado el congreso siguiente del CIE, cuando pasó su cargo a Nina Gage, una americana nacida en Nueva York, donde también hizo el curso de enfermería. Como ella estudió el chino por muchos años, se identificaba con ese pueblo, y trabajaba desde 1909, como Directora de una Escuela de Enfermería en Hunan, China, donde pasó casi toda su vida. Cuando fue elegida quería renunciar, dada la distancia y las dificultades para estar en Europa, donde la mayoría de las acciones tenían que ser tomadas, pero las enfermeras chinas la instaron a no hacerlo, pues sentían orgullo de tener a la presidenta del CIE viviendo en China, donde pretendían realizar el congreso de 1929, lo que no ocurrió debido a problemas políticos y acabó siendo realizado en Montreal.

Luego del Congreso de 1925, aún en Finlandia, la Junta Directiva se reunió con Nina Gage para discutir las cuestiones internas administrativas de la organización, época en que las líderes del CIE percibieron que esta organización, ya con 24 miembros asociados, estaba

creciendo mucho y necesitaba tener su propia sede y personal remunerado.

Así, en octubre de 1925, Christiane Reimann, enfermera danesa, asumió el cargo de Secretaria Ejecutiva y transfirió la sede del CIE de Londres a Ginebra. Durante los tres primeros años, ella continuó haciendo trabajo voluntario, hasta que las finanzas permitieron que fuera remunerada. La elección de Suiza como sede de la organización fue por causa de la condición de neutralidad de ese país frente a los conflictos bélicos y el alto valor de cambio de la moneda suiza. Las guerras en las que Inglaterra se había metido hasta entonces, constituían motivos suficientes para no recomendar a Londres como el mejor local para ser sede de una organización internacional. Además que otras organizaciones, como la OIT fundada en 1917, tenían ahí su sede, así como la Cruz Roja Internacional y la Liga de las Naciones (antes de ser transformada en ONU) y Christiane, desde el comienzo, trató de establecer buenas relaciones con esas entidades. En 1926 creó una revista, actualmente llamada *International Nursing Review*. En noviembre de 1927, Christiane organizó una conferencia en Ginebra, y aún sin haberse realizado la clausura, ella ya estaba organizando el Congreso de Montreal para julio de 1929. En ese evento fue elegida la francesa Leonie Chaptal, como presidenta y a partir de ese año quedó establecido que los congresos del CIE serían cuatrienales y que en los intervalos ocurrieran reuniones del CRN.

La localización de la sede en Ginebra dificultaba los trabajos del CIE pues la mayoría de las actividades tenían que ser conducidas a partir de Londres y el staff se sentía profesionalmente aislado, pues pocas enfermeras visitaban el CIE en una ciudad pequeña y sin atractivos, como era Ginebra. Se tomó la de-

terminación del retorno de la sede para Londres, lo que ocurrió en junio de 1937. La inauguración de la nueva sede coincidió con la realización del tercer congreso cuatrienal, habiendo sido elegida presidenta del CIE la americana Effie Taylor y contó con la presencia de Ethel Fenwick, ya con 80 años de edad.

El tema más importante tratado en esa reunión fue, probablemente, el informe de la Comisión de Educación que recomendaba que el CIE desarrollara un amplio estudio sobre la educación de enfermería. Tal estudio no pudo ser concretizado debido a la inestabilidad política en Europa que resultó en el inicio de la 2ª. Guerra Mundial en el mismo año. Londres en la mira de los bombardeos, obligó a las líderes del CIE a transferir rápidamente los documentos y archivos importantes de la sede hacia la casa de amigos en Cambridge, en el interior de Inglaterra. No sintiendo, aún, seguridad fue decidido llevar tales documentos a los Estados Unidos, que eran neutros, ya que todavía no habían entrado en la guerra. Tomada la decisión, la americana Calista Banworth, que había sido nombrada Secretaria asistente del CIE, se embarcó en navío el día 12 de octubre de 1939, en viaje de un mes, llevando toda la documentación esencial e histórica de la organización a la ciudad de New Haven, Connecticut, en los Estados Unidos.

La Asociación Americana de Enfermeras ayudaba en la manutención de esta sede, que fue transferida a Nueva York, en 1945. La participación de los Estados Unidos en la guerra mundial interrumpió las actividades del CIE, que en su total duró diez años.

Terminadas las hostilidades y con el fin de la guerra, las líderes de enfermería se encontraron en septiembre de 1946, en Londres, en la sede del Royal College of Nursing. En esta reunión se tomaron algunas decisiones im-

portantes sobre la retomada de actividades, la realización de congresos cuatrienales y el retorno de la sede a Londres, lo que ocurrió en noviembre de 1947, con la americana Virginia Arnold quien acompañó personalmente esta mudanza, en navío. Ella permaneció aún por algún tiempo, como secretaria en ejercicio, hasta que la inglesa Daisy Bridges fue nombrada, en abril de 1948, en cuyo cargo permaneció hasta fines de 1961. En 1947 ocurrió el congreso en Atlantic City (EUA), siendo elegida como presidenta Gerda Höjer, de Suecia, quien tuvo que quedarse seis años en el cargo, ya que la elección siguiente ocurriría en 1953. En 1949, en la ciudad de Estocolmo, fue realizada una conferencia especial para celebrar el cincuentenario del CIE. En esa conferencia fue decidida la realización del X Congreso Cuadrienal, en 1953, en Brasil, por primera vez, en un país de América del Sur, pues anteriormente todos esos eventos ocurrían sólo en los países del hemisferio norte. En 1973, el XV Congreso del CIE fue realizado en la ciudad de México, el segundo evento de este porte en país latinoamericano, y en 1993, en Madrid, España.

Las sedes del CIE y su retorno a Ginebra

A partir de 1948, finalmente el CIE consiguió mantener un trabajo estable y continuo con Daisy Bridges al frente. En octubre de 1955, la Junta Directiva del CIE decidió adquirir sede propia, una casa de cuatro pavimentos en Westminster, para donde el CIE fue transferido.

Nueva y definitiva mudanza de sede ocurrió en 1966, de esta vez retornando a Ginebra, no solamente porque la sede quedó pequeña para las actividades que precisaban ser realizadas, sino también porque una sede en Ginebra sería menos onerosa que en el centro de Londres. Además del factor costo, había otra



cuestión esencial para el CIE, como federación internacional. Para seguir como portavoz de los enfermeros de todo el mundo, tendría que trabajar próximo a otras organizaciones internacionales, como la OMS, creada en 1948, así como la OIT y la Cruz Roja Internacional, todas asentadas en Ginebra. El CRN durante el Congreso de 1965, en Frankfurt, aprobó esa transferencia.

Daisy Bridges partió del CIE a fines del año de 1961 y desde 1962, ocuparon el cargo de directora ejecutiva varias enfermeras, todas permaneciendo entre dos a tres años, hasta que la licenciada Constance Holleran, con larga experiencia de trabajo en la Asociación Americana de Enfermeras fue indicada y aceptada por la Junta Directiva. Holleran asumió el cargo en abril de 1981, donde permaneció por 15 años hasta fines de 1995, cuando se jubiló. Este fue un período de gran estabilidad y productividad de la organización, pues es la directora ejecutiva con su staff la que implementa las decisiones de la Junta Directiva, que como ya se ha mencionado se reúne una vez al año y el CRN sólo una vez cada dos años. En 1996, asumió el cargo la canadiense Judith Oulton, también con larga experiencia en la Asociación Canadiense de Enfermeros. Finalmente, en octubre de 2008, asumió el Sr David Benton, de Escocia, por primera vez un enfer-

mero varón al frente del Consejo Internacional de Enfermeras.

Cambios estructurales

Como referido anteriormente sobre los idiomas del CIE, a partir de las elecciones de 1993, cuando asumió la presidencia la americana Margretta Styles, la Junta Directiva pasó a contar con la traducción simultánea entre inglés, francés y español. Fue también en este mandato que surgieron diversos problemas políticos en distintos países que se desmembraban y hasta de Brasil, que no se desmembró, pero ocurrió la transferencia de afiliación con el CIE, en 1997, de la ABEn, que era miembro desde 1929 al COFEN. De hecho, entidades con afiliación compulsoria de profesionales, tales como los colegios y consejos, en general, cuentan siempre con la ventaja de tener más miembros que una institución de afiliación voluntaria o facultativa.

Sin duda al CIE le interesaba, y siempre le interesó, también el ingreso del mayor recurso financiero, pues la cotización está basada en el cálculo per cápita sobre el total de enfermeros afiliados. Para cada enfermero asociado o inscrito, la organización debe pagar un valor determinado de acuerdo con una tabla anual del Banco Mundial sobre el Producto Bruto Interno (PBI) del respectivo país.

El presupuesto del CIE se compone del resultado de esas cotizaciones o contribuciones hechas por las organizaciones afiliadas (60 a 70%), fondos para proyectos (30 a 35%) y venta de publicaciones (5%). Entre las ANEs con más de cien mil miembros que han contribuido con sus cotizaciones están las de Japón, Reino Unido, España, Estados Unidos, Australia, Canadá y Brasil.

Otro tema político de larga duración fue el relacionado con el apartheid en África del Sur.

A pesar de que la Asociación Sud Africana de Enfermeras se afilió en 1922, por causa de esta discriminación racial tuvo que pedir exclusión del CIE, en CRN de México, en 1973. Solamente con el fin del apartheid y la elección de Nelson Mandela, como presidente de la República, la afiliación de la ANE sudafricana con el CIE fue restablecida, en 1995, y oficialmente introducida en 1997. La antigua organización fue sustituida por la DENOSA (Democratic Nursing Organization of South Africa), cuya primera presidenta, Philda Nzimande, fue elegida para integrar la junta directiva del CIE, de 2001 a 2005 y re-elegida para 2005-2009.

Una nueva tradición fue introducida a partir de 1985. Christiane Reimann, la primera secretaria ejecutiva remunerada del CIE, de 1922 a 1933, falleció habiendo dejado sus bienes en testamento para que fuera instituido un premio internacional a ser otorgado por ocasión de los congresos cuatrienales a enfermeras (os) que, en los años inmediatamente anteriores a la fecha del premio, hayan hecho considerable esfuerzo dentro de la profesión o para la profesión de enfermería, a través de la investigación académica o de la práctica de enfermería en beneficio de la humanidad. Christiane Reimann, nacida el día 6 de mayo de 1888, en Dinamarca, tuvo una educación refinada. Era licenciada en ciencias y tenía el título de magister en enfermería por la Universidad de Columbia, Nueva York, lo que era raro en la época. En esta Universidad mantuvo estrecho contacto con docentes americanas notables, como Adelaide Nutting e Isabel Stewart, que mucho influyeron en su carrera. En 1922 fue elegida como secretaria ejecutiva, por recomendación de Lavinia Dock a quien sustituyó. En 1925, ella fue reelegida para el mismo cargo que pasó a ser remunerado y permaneció en él hasta diciembre de 1933. Christiane falleció el

12 de abril de 1979, con casi 92 años de edad. Después de su muerte, sus abogados juntamente con el CIE establecieron los criterios y condiciones para la concesión del premio, de acuerdo con su última voluntad. Los intereses del fondo instituido serían administrados por la Organización Danesa de Enfermería, que serían retirados cada cuatro años para ser entregado a la persona propuesta por la ANE y evaluada por el CIE entre los candidatos así indicados. A este premio se dio el nombre de Premio Christiane Reimann, un homenaje a la instituidora, sin embargo también es conocido como el Premio Nobel de Enfermería. La primera enfermera a merecer este Premio fue la enfermera americana Virginia Henderson, en 1985, por su enorme contribución con la teoría de los cuidados básicos de enfermería, traducida a más de 20 idiomas. El monto del premio es alrededor de \$10.000,00 dólares americanos, dependiendo del valor de cambio entre la moneda danesa y el dólar. El último a recibir este premio fue Máximo Gonzales Jurado, de España, en 2009.

Importancia del CIE en la historia de la enfermería

La creación del CIE fue extremadamente importante para toda la enfermería mundial. Fue un marco donde se empezó el desarrollo de mujeres que se organizaban, no en nivel de sus ciudades, pero de sus países buscándose el apoyo de compañeras de profesión, y así fortaleciendo la enfermería. Tal iniciativa pionera es sorprendente en una época que no se disponía de los medios de comunicación, ni de transporte hoy existentes, además de las dos guerras mundiales que enfrentaron, cuando para proteger los documentos y archivos, las enfermeras viajaron de un sitio al otro a veces por meses como ocurrió con el viaje de Ingla-

terra para los Estados Unidos. Tal hecho solo ya tiene un valor extraordinario, pues ellas estaban defendiendo y protegiendo un patrimonio cultural e histórico de la memoria de enfermería. Fueron, pues mujeres visionarias que arriesgaban su seguridad y confort en beneficio del ideal de tener y mantener la fuerza de una organización internacional.

Pero, antes de comenzar a mejorar la situación profesional de enfermería, ellas sintieron que era necesario que las mujeres tuviesen derechos de ciudadanía que garantizase su participación en las decisiones políticas de sus respectivos países. Las pioneras del CIE incentivaron para que se luchase por el derecho al voto femenino. Es importante recordar que cuando fue creada, en 1899, solamente en Nueva Zelanda las mujeres tenían derecho al voto, desde 1893, y una de las líderes de la marcha por este derecho había sido la enfermera Grace Neil. En Estados Unidos Lavinia Dock, otra líder pionera del CIE también luchó por este derecho, reconocido finalmente en 1919.

Como antes referido fue a partir del Consejo Internacional de Mujeres (CIM) que se creó el CIE, en una época en que el papel de la mujer aun se reducía al hogar, una tradición doméstica mantenida por muchos siglos. Las mujeres estaban excluidas no solamente de las tareas de gobierno, de política y hasta del comercio y de la mayoría de actividades profesionales.

La Iglesia Católica a través de monasterios y de la vida religiosa permitió a las mujeres estudiar y se dedicar al cuidado de enfermos y pobres, como fueron las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul (1576-1660), alrededor de 1600, cuando la miseria y la enfermedad por las constantes guerras estaban aniquilando Francia. Pero, era practicada como obra de misericordia o caridad y no como profesión.

Además de los religiosos que cuidaban de enfermos había también personas sin ningún preparo técnico o estudio específico, ni de comportamiento social o moral, que cuidaban empíricamente de los enfermos. Esta fase ocurrió principalmente en Inglaterra y el escritor Charles Dickens inmortalizó la figura de Sarey Gamp, como la anti-enfermera o la pre-profesional de enfermería. Todo esto crió la mala fama por siglos contra la función o profesión enfermera.

Florencia Nightingale surgió para cambiar esta situación social y transformar la obra de caridad de cuidar de los enfermos en actividad profesional de enfermería, digna y respetada. Era un largo proceso, que sigue todavía en algunos países, pues es difícil cambiar actitudes de siglos en décadas. Pero se puede decir que se avanzó muchísimo principalmente a partir de las investigaciones, estudios científicos y publicaciones de enfermeros. La difusión del modelo de la enfermería moderna fue implantada a partir de Inglaterra y Estados Unidos para todo el mundo.

De hecho, la incidencia del CIE fue instrumental e importante en aquel momento histórico de 1899, cuando la enfermería estaba todavía dando sus primeros pasos para la efectiva profesionalización en la mayoría de los países occidentales. Aún que la actividad era considerada importante para la supervivencia de niños y enfermos, nunca tuvo gran relevancia pues las ciencias biológicas, médicas y de salud eran muy incipientes y no había tampoco recursos tecnológicos. Pero, la creación del CIE fue y sigue siendo instrumental para la difusión de la enfermería moderna, universitaria y competente, y para estimular la unión de los profesionales alrededor de una organización fuerte y representativa que pueda influir en la política social, de salud y de enfermería, así

como en las normas profesionales y socio-económicas en sus respectivos países.

Como porta-voz de los enfermeros en el mundo el CIE ha desarrollado su trabajo con verdadera diplomacia en el trato de todos los temas profesionales, procurando hacer avanzar la profesión e influenciar las políticas de salud, como está definida en su misión. En todos los países, hubo siempre algunas enfermeras pioneras que asumieron la lucha para mejorar las condiciones de salud de su pueblo a través de la atención de enfermería. Cada país tiene que rescatar e identificar los nombres de estas pioneras y ponerlas en el lugar que merecen dentro de la profesión, documentándose los hechos y conquistas para que las generaciones futuras puedan conocer a sus líderes nacionales y sirvan de inspiración para conquistas mayores para la profesión y para el reconocimiento profesional de los enfermeros.

La difusión y socialización del CIE será beneficiosa también a los profesionales de Historia de la Enfermería, pues por primera vez, el tema historia de la enfermería apareció como una línea específica de trabajos y estudios en su conferencia internacional de 2011. Se espera que los enfermeros se sientan estimulados a presentar resultados de sus investigaciones y estudios históricos también en este foro que reúne enfermeros de más de cien países. Así, el campo de Historia de la Enfermería podrá crecer y alcanzar límites geográficos mucho más amplios y profundos. Si estamos convencidos de que la Historia de Enfermería es fundamental para que se conozca su propia profesión y su identidad profesional, la socialización de estos conocimientos será también fundamental para la valoración de los estudios e investigaciones por parte de nuestros propios colegas de profesión.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta trayectoria histórica del CIE es un recordatorio para los enfermeros en general y también para los que se dedican a un aspecto específico de la historia de la profesión. Podemos y debemos tornar este campo de nuestros estudios más amplio y universal, quizás conquistar más adeptos e investigadores para la historia si nos aliamos con el universo mayor de enfermería. El apoyo de nuestros propios colegas de otras especialidades también es importante para tener la historia de enfermería más valorada en las escuelas de enfermería tenerla incluida y así mantenida en los currículos y planos de estudios. Colegas de profesión precisan estar convencidos de la importancia de la historia para la formación de nuestra identidad profesional, hecho fundamental para ampliarse el universo de enfermería. Quien somos, dónde venimos, para dónde vamos, qué queremos, qué buscamos son interrogantes que necesitan de respuesta que las dará la historia de enfermería. Quien de nosotros no está sintiendo que las modernas especialidades basadas en las nuevas tecnologías están cada vez más agresivas, ocupando más espacios y horas o días de los currículos? De forma clara o sutil cada uno de nosotros tiene que luchar para mantener su carga horaria de clases en los cursos de enfermería para hacer sobrevivir la Historia de Enfermería dentro de miles de horas del curso.

También nosotros, estudiosos de la Historia de Enfermería, tenemos que salir de nuestro mundo histórico y chapuzar en un universo mayor de enfermería para aumentar nuestros espacios y buscar más interesados y más apoyo por el tema.

Para tanto, deberíamos conocer más, participar más del CIE en sus eventos bienales, escribir artículos y textos sobre el tema para

la revista del CIE, de amplia circulación internacional, para presentar trabajos en sus conferencias y congresos. Así podremos también ampliar la comunicación con otros especialistas de enfermería y cruzar informaciones con todos. De hecho debería ser motivo de orgullo para todos los enfermeros tener el CIE y poder afirmar que su organización internacional de enfermería es más antigua que la propia OMS (que existe poco más de 60 años), la ONU y otras organizaciones de carácter mundial, hasta aún la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada en 1917, antes de la ONU.

En un mundo globalizado no podemos restringir nuestro campo de acción a unos pocos y pequeños grupos de enfermeros. Así nos condenaríamos a ser siempre pequeños. Tenemos que fortalecer las identidades culturales de pueblos que pertenecen a una raíz histórica muy similar y criar una comunidad internacional que puede hincar la bandera ibero-americana en el espacio mundial de la historia de la enfermería. Un paso fue dado en 2009 cuando tuvimos coraje de crear la Federación Ibero-americana de Historia de la Enfermería, en Lisboa, Portugal, el 9 de octubre. Carecemos todavía del registro notarial a ser providenciado, en España, a partir de la aprobación de sus Estatutos. Para ser una federación, la nueva organización debe tener otras entidades en el mundo ibero-americano. Enfermeros y otros profesionales de Brasil, dentro del principio de interdisciplinaridad, trataron de crear legalmente una entidad llamada Academia Brasileña de Historia de la Enfermería (ABRADH-ENF), el día 13 de agosto de 2010 (centenario de la muerte de Florencia Nightingale) cuya junta directiva cuenta con miembros procedentes de cuatro estados (o provincias) del país. En Portugal fueron creadas la Sociedad Portuguesa de Historia de la Enfermería y la

Asociación Nacional de Historia de la Enfermería (ANHE), en Lisboa, Portugal. En julio de 2011 fue creada la Asociación Histórico Filosófica del Cuidado y la Enfermería en México (AHFICEN). En Colombia ya existía la Red Ibero-americana de Historia de la Enfermería.

Todas estas entidades estarán representadas en el evento de Alicante, que tiene por lo tanto una importancia histórica mayor, pues debe aprobar los Estatutos de la Federación Ibero-americana de Historia de la Enfermería, y así fortalecer esta área del saber de la profesión enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

- Bridges, DC (1967) A history of the International Council of Nurses, 1899-1964, the first sixty-five years. JB Lippincott Co, Philadelphia.
- Brush BL, Linaugh JE, Boschma G, Rafferty AM, Stuart M, Tomes NJ (1999) Nurses of all nations – a history of the International Council of Nurses, 1899-1999. Lippincott, Philadelphia.
- Felizzia ASM (2008) El surgimiento de la enfermería como profesión de mujeres. El ser enfermero, Buenos Aires, Argentina. 1(2):31-7.
- ICN (2009) Constitution, amended, Geneva, Switzerland.

- ICN (2009) Dues payment report. In: Council of National Representatives, Durban, South Africa, 27-30: 200-201.
- McGann S, Crowter A, Dougall R(2009) A history of the Royal College of Nursing: 1916-1990. A voice for nurses. Manchester University, UK.
- Malchau S (2001) Christiane Reimann, 1888-1979, the lady behind the “Nobel Prize” in nursing. The Danish Nurses’ Organization, Denmark.
- Quinn S (1989) ICN – past and present. Scutari Press, England.

NOTAS.

- 1 Grace Neil fue una de las líderes del movimiento popular en Nueva Zelanda por el derecho de voto de la mujer. De hecho, este país fue el primer del mundo a dar a la mujer el derecho de voto, en 1893. In Stodart K Suffrage: a pioneer for nursing. Nursing New Zealand, Wellington, 1993. 1(6): 28-9.
- 2 ICN Constitution, amended 2009, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- 3 Se recuerda que el CIE ya tuvo como presidentas una enfermera francesa, Leonie Chaptal, una de Bélgica Marie Bihet, y una de Canadá, Alice Girard. Evidentemente, Francia tiene como idioma oficial el francés, sin embargo, los otros dos países tienen una parcela de la población que tiene el francés como idioma oficial.



Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX

Hospital architecture and care during the 15th to the 19th Centuries

Arquitetura de hospital e cuidados durante a XV ao Século XIX

Francisco Javier Castro Molina¹, Maripaz Castro González², Francisco Megias Lizancos³,
Felisa V. Martin Casañas⁴, Alvaro Causapie Castro⁵

¹ *Enfermero de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias y Doctorando en Historia del Arte.*

² *Profesora Titular de Universidad, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, ULE.*

³ *Profesor Titular de Universidad, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, UAH.*

⁴ *Enfermera del Hospital Universitario de Canarias*

⁵ *Licenciado en Historia.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Castro Molina, F.J; Castro González, M^aP; Megias Lizancos, F; Martin Casañas, F.V; Causapie Castro, A. (2012) Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.05>

Correspondencia: Calle de las Trebinas 24- san Cristóbal de la laguna; 38296-Santa Cruz de Tenerife.

E-mail: javier_tenerife@hotmail.es/ teléfono: 626.326.001

Recibido: 11/10/2011 - Aceptado: 20/02/2012



ABSTRACT

This text aims to offer an approach to architecture for healing and care, reviewing the different architectural models, since the fifteenth century have been developed throughout the history of humanity to respond to the needs of health have sprung up to the new examples that arise after their own scientific discoveries of the nineteenth century, a shift in the conception of the hospital building. The brief tour of the hospital architecture, which focuses on the European scene also addresses the importance presented at the time, and has survived until today, the figure of Florence Nightingale, in the Anglo-Saxon environment,

such as the rest of the planet.

Keywords: Hospital, hospital architecture, Florence Nightingale, care.

RESUMO

Este texto destina-se a fornecer uma abordagem de arquitetura para a cura e cuidado, analisando diferentes modelos arquitetónicos, desde o século XV foram desenvolvido ao longo da história da humanidade para dar uma resposta às necessidades de saúde originadas até chegar os novos exemplos que surgem após as descobertas científicas do século XIX produzindo uma mudança significativa na concepção do edifício hospitalar. A breve turnê da arquitetura do hospital, que concentra-se na cena europeia, também aborda a importância que apresentou no momento, e que nos chegou até agora, a figura de Florence Nightingale, o ambiente de anglo-saxão, ambos no resto do planeta.

Palavras-chave: Hospital, arquitetura hospital, Florence Nightingale, care.

RESUMEN

El presente texto pretende ofrecer un acercamiento a la arquitectura para la curación y el cuidado, revisando los diferentes modelos arquitectónicos, que desde el siglo XV se han venido desarrollando a lo largo de la Historia de la Humanidad para poder dar una respuesta a las necesidades de salud que se han originado hasta llegar a los nuevos ejemplos que surgen tras los descubrimientos científicos propios del siglo XIX, produciéndose un giro importante en la concepción del edificio hospitalario. El breve recorrido por la arquitectura hospitalaria, que se centra en el panorama europeo, además aborda la importancia que presentó en su momento, y que nos ha llegado hasta la actualidad, la figura de Florence Nightingale, tanto en el entorno anglosajón, como en el resto del planeta

Palabras clave: Hospital, arquitectura hospitalaria, Florence Nightingale, cuidados.

Las primeras noticias que tenemos acerca de los hospitales, las encontramos en el Imperio Romano de Oriente, en Asia Menor y Siria, lugares donde aparece una fuerte resistencia cristiana, frente al paganismo romano. Ya a mediados del siglo IV, la situación anteriormente comentada, propició la aparición de centros hospitalarios, como el que funda, a las puertas de Cesarea en la Anatolia Oriental, Basilio el Grande (1). Al mismo tiempo, aparecieron otras fundaciones hospitalarias ubicadas en Oriente, los pandokheion (albergues de peregrinos), xenodochium (albergues de forasteros) o los nosocomium (casa de enfermos).

A finales del siglo IV, surgió en Italia y en la Galia merovingia fundaciones hospitalarias, siendo las de mayor relevancia las pertene-

cientes a ésta última. Su proliferación, fue debida, en gran medida, al contacto mantenido con el Imperio Bizantino. En el siglo VI, en la Península Ibérica, nos encontramos como el obispo Masona fundó un xenodoquio (580 C.) en la ciudad de Mérida. Es en este momento, cuando aparecen las primeras referencias a hospitales inclusas y casa de lázaros o también llamados casas de leprosos.

Siglos más tarde, durante la Edad Media, proliferaron numerosos establecimientos benéficos, cuya ubicación estaba en el centro de las ciudades, próximas, e incluso anexas, a instituciones eclesíásticas tales como los monasterios, catedrales y conventos. Dos claros ejemplos muestran la realidad del momento: el Hôtel Dieu de París, que data del 829, y el plano ideal, de 820, de la distribución de los diferentes edificios de la abadía de Saint Gall [1].

Desde el siglo XII, tomó relevante importancia este fenómeno asistencial-benéfico por su condición de depositarios de donaciones y legados, que la caridad cristiana consolidaba siglo tras siglo. Destacan excepcionalmente, las órdenes militares, de las que la más antigua fue la de San Juan de Jerusalén u Hospitalarios, presente en el panorama europeo a partir de 1070. Fundaron hospitales en diferentes puntos de la cristiandad, tales como Acre, Villefranche, Viterbo, Chipre, Messina y, sobre todo, Jerusalén, su establecimiento “modélico”. Posterior a esta orden, fueron la de los Templarios, fundada en 1118, y la de los Caballeros Teutónicos, fundada en 1190.

Todas estas fundaciones hospitalarias fueron respaldadas por personajes nobles de la sociedad del momento, así como ciudades o villas, e incluso congregaciones religiosas, movidos por una mentalidad donde primaba la caridad en Cristo (2). Por regla general, estos establecimientos benéficos disfrutaban de

privilegios e inmunidades de la Iglesia, que los eximían de cargas y contribuciones, además del pago por los derechos de alimentos, bebidas y medicinas.

Durante los siglos XII y XIII, los mejores hospitales los podemos encontrar en Francia, tales como el de Angers (fundado en 1153), Ourscamp (Oise, fundado a principios del siglo XIII) y Tonnerre (Yonne, fundado en 1293); el mayor y más famoso, será el Hôtel Dieu de París, compuesto por cuatro grandes salas de dos naves. En el siglo XVII, se desarrollará considerablemente, llegando a dar alojamiento a 1280 pacientes que en ocasiones precisaban compartir cama con otras personas.

Será, a partir de ahora, una práctica frecuente la separación de los manicomios de los hospitales de agudos; Burdett, cita como ejemplos al de Gante (Bélgica) o el de Bethlehem (Londres) durante los siglos XII y XIII. Esta costumbre no llegará a España hasta el siglo XV, donde ciudades como Valencia, Zaragoza, Sevilla, Valladolid y Toledo, acogerán primeramente esta práctica.

A partir del siglo XV, nos encontramos con un nuevo tipo de estructura hospitalaria que se desarrolló en la península Itálica, siendo el primer ejemplo, el Hospital de Santa Maria Nuova de Florencia fundado en 1286. Ya en 1334 la planta de este establecimiento presenta forma de cruz, con cuatro salas radiales de diferente tamaño (menores las del este y oeste) en cuyo centro estaba ubicado el altar. Esta distribución espacial innovadora, fue un siglo más tarde retomada para la construcción del Pammatone de Génova.

Esta tipología fue trasladada, al que se ha considerado el más importante diseño hospitalario del Renacimiento: el Ospedale Maggiore de Milán [2], encargado por el duque Sforza a Filarete en 1456. Su Treatise, nos lo

reproduce y describe de forma detallada: “es un rectángulo de 1000 pies de fachada, dividido en: centro, con gran patio y en medio la capilla; a izquierda y derecha, está constituida por cuatro sala dispuestas en forma de cruz, con su altar en el cruce”.

Tanto Santa Maria Nuova como el Ospedale Maggiore constituyeron los modelos de inspiración para el Hospital del Santo Spirito de Sassia, en la reconstrucción que efectuó el Papa Sixto IV entre los años 1474 y 1482.

En Inglaterra y España, esta tipología se hace presente a principio del siglo XVI. Los primeros casos españoles se materializan en los diseños que realizó Enrique de Egas para el Hospital Real de Santiago de Compostela (1501-1511) [3], el Hospital de Santa Cruz de Toledo (1504-1514) y el Hospital Real de Granada (1504). Valencia y Sevilla se unieron a estas nuevas formas durante este mismo siglo.

El Hôpital Saint Louis, diseñado por Claude Vellefaux y fundado por Enrique IV en 1607, fue uno de las mejores edificaciones de su momento, en contraposición con el Hôtel-Dieu, cuya condición de “horrible” no la había perdido desde la Edad Media (3). De manera opuesta, digno de ejemplo fue el Hospital de los Inválidos, obra proyectada por Brunt (4) en 1670, la cual fue comparado con el Hospital de Chelsea, diseñado por el arquitecto anglosajón Wren.

Esta rivalidad entre el mundo galo y anglosajón se hace claramente patente, ante el intento de impulsar como su máximo exponente al Hospital de Greenwich, que se consideró el establecimiento inglés modélico, por excelencia, en este momento.

A finales del siglo XVII y principios del XVIII, vemos como el modelo arquitectónico que había perdurado casi dos siglos, se modificó buscando el aumento de la capacidad



del establecimiento. Antonie Desgodets, en su Edifices antiques de Rome propuso una tipología articulada a partir de un centro octogonal con cerramiento cupular que favoreciera el intercambio de aire con el exterior; en torno a este espacio, disponía dieciséis salas radiales.

Leonhard Christoph Sturm, debió conocer este proyecto durante su estancia en Francia, ya que en 1720 formuló su hospital ideal, en el que, como en el Ospedale Maggiore, el edificio se articula a partir de un rectángulo en el que está inserta en el centro la iglesia de planta octogonal, de la que nacen ocho salas radiales con capacidad para 1525 enfermos (5).

Ya de lleno en el siglo XVIII, la arquitectura hospitalaria presentó un auge considerable, colocándose Gran Bretaña a la cabeza, con innovaciones tales como la especialización por patologías de los pacientes ingresados en los establecimientos. Ejemplos de tal hecho los encontramos en el Hospital de Bethelam (Bedlam) y Saint Luke, destinados a la asistencia a dementes; el Hospital Queen Charlotte, para maternidad; o Foundling que se trataba de una inclusa.

En Norteamérica, los edificios hospitalarios tuvieron impresa la huella anglosajona, remarcándose, como en Gran Bretaña, a principios del siglo XIX, un considerable gusto

neoclásico en el que las largas fachadas con pórticos y cúpulas son principalmente su característica más destacada.

Las dimensiones de los establecimientos hospitalarios adquieren un tamaño considerable ante el aumento de la demanda de la población, así como un importantísimo crecimiento de ésta. El Hôtel-Dieu de Lyon, diseño de J.-G. Soufflot en 1741, fue un claro ejemplo de esta situación ante la magnitud de la obra, no viéndose su conclusión hasta 1842.

La preocupación por las condiciones higiénicas de los recintos hospitalarios fue marcada a ambos lados del Océano Atlántico. El doctor Rothman, en su examen de los hospitales en norteamericanos, y Chamousset, con su análisis del Hôtel Dieu de París, manifestaron su inquietud ante este tema, al que no se le prestaba la atención necesaria por no considerarlo importante.

Junto a ellos, Jean-Baptiste Le Roy propuso la construcción de pabellones que se articulaban a partir de un patio central, con la intención de favorecer la ventilación de los recintos. Esta idea se materializó en 1756 cuando se dio comienzo al proyecto Rowehead para el Hospital Naval de Stonehouse en Plymouth (6).

A comienzos del siglo XIX, en 1801, Durand en su *Recueil et Parallèle* comparó gráficamente, tanto el Ospedale Maggiore de Milán como el Pammatone de Génova (7), con ejemplos galos (Saint Louis y Los Incurables, ambos de París) y anglosajones (Stonehouse), además del diseño que realizó Poyet para su segundo informe. Los dos últimos, articulados con pabellones, son los que consideró más adecuado, incorporándolos en su obra titulada, *Précis des leçons*. En ella, propuso siete pabellones ubicados a ambos lados de un patio central rectangular que moría en un “bosque de columnas” (8).

La funcionalidad, atendiendo a la distribución espacial de los establecimientos arquitectónicos, primó de manera considerable en Gran Bretaña, aunque se construyeron ejemplos que mostraban concomitancia con modelos anteriores a los acometidos en este momento, muy en la órbita del medievo (9).

En el panorama europeo, esta propuesta se materializó en ejemplos como el Hospital Saint André (1825-1829) de Burdeos de 650 camas, obra de Bourguet; el diseño de Partois para el Hospital de Beaujon en París (1837-1846) y para el de Saint Jean en Bruselas (1838-1849); o Gauthier, que proyectó para la condesa Laribisière un hospital de 905 camas cuyo plano atendía plenamente a la distribución en pabellones [4].

Estos nuevos planteamientos, unidos a la preocupación por la higiene y salubridad de los establecimientos hospitalarios, llevan a tratar la figura de una mujer que en su época marcó un antes y un después en todas las actividades destinadas al cuidado. Guiada por las ideas de progreso de los pensadores victorianos, centró sus esfuerzos en reformar el sistema de cuidados que se prestaban en la salud militar y la elaboración de un programa de formación de enfermeras sólido cimentado por normas profesionales. Para tal empresa se ayudó de la observación y el uso de la estadística social (10).

Florence Nightingale nace en Florencia en 1820, ciudad en la que su padre, un caballero de buena posición, y el resto de la familia, se encontraban durante un viaje efectuado al continente. Recibió una esmerada educación, dominando, con tan solo 17 años, varios idiomas antiguos y modernos, además de diferentes disciplinas propias de una señorita de la alta sociedad victoriana.

Tras cumplir los veinte años, mostró un

marcado interés por el cuidado de los enfermos y las condiciones físicas de los hospitales, situación que le llevó a visitar varios establecimientos con la intención de conocer sus condiciones y organización.

En 1847, marchó a Alemania durante varios meses, tras haber visitado con anterioridad Egipto y Grecia, lugares donde se familiarizó con la práctica del cuidado de los enfermos realizada por las órdenes religiosas. En el mundo germano, se formó con las Diaconisas de Kaiserswerth (11), para posteriormente viajar a París, ciudad donde recibió estudios de las Hermanas de la Caridad en la Maison de la Providence.

Un año más tarde, en 1854, Florence se desplaza a Crimea para la dirección y coordinación de un hospital turco (12). El inicio de esta Guerra llevó a que el Secretario de Guerra, Sir Sydney Herbert, solicitara su auxilio, junto a treinta y siete enfermeras más (13).

Florence Nightingale fue nombrada superintendente del Female Nursing Establishment of the English General Hospitals de Turquía. Este hospital militar, de planta cuadrada, con capacidad para albergar a 1700 pacientes, alojaba en realidad, un total de casi 4000 enfermos. Los cuidados prestados a los soldados ingresados en el establecimiento eran conside-



rablemente precarios, llegándolos a calificar de “vergonzosos” (14).

En 1856 regresó a casa, débil, tras haber estado gravemente enferma de la “fiebre de Crimea”, situación que casi la llevó al borde de la muerte. A partir de este momento, su interés se centró en la mejora de las condiciones de los hospitales ingleses, fijando su vista en el Hospital Militar de Netley, en Hampshire, establecimiento comenzado en 1856, para el que propuso el proyecto diseñado para Lariboisière.

Este mismo año, un médico de Edimburgo llamado John Robertson, manifestó públicamente su apoyo a los establecimientos hospitalarios articulados a partir de pabellones (15), situación que interesó considerablemente a Florence.

Lord Panmure remitió el proyecto de Netley a Florence Nightingale para que se pronunciara; ella apeló a Palmerston con argumentos que lo convencieron, aunque el edificio continuó construyéndose, sin modificación alguna, hasta su conclusión en 1863 (16).

En los siguientes años, realizó numerosas publicaciones con las que procuró dar una visión antagónica, a la que se tenía en ese momento, sobre las condiciones higiénicas de los hospitales y su destacada importancia para la rápida y correcta reposición de los enfermos que en ellos se alojaban. Entre ellas destacaron obras tales como: Notas sobre las cuestiones relativas a la salud, eficacia y administración hospitalaria del ejército británico (1858); Notas de Hospitales (1859); Observaciones sobre la situación sanitaria del ejército en la India (1863); ¿Vida o muerte en la India? (1873); Notas de enfermería para las clases trabajadoras (1861); y su obra más universal, Notas sobre enfermería: qué es y qué no es (1859), donde plasmó su filosofía entorno a los cuidados, conductas y las condiciones higiénicas

que deben estar presentes en un hospital (17). A todo este arduo trabajo, se le unió la elaboración de una nomenclatura estandarizada para las enfermedades y el diseño de un Formato Estadístico del Hospital Modelo (18).

La arquitectura hospitalaria articulada a partir de pabellones fue argumentada y defendida por diferentes autores, entre ellos Kuhn en su *Handbuch der Architektur* (1897) o Guadet en *Eléments et théories de l'architecture* (1902). Esta propuesta arquitectónica se convirtió en un “signo de autoridad progresista”. Los ejemplos son múltiples, entre ellos, el ya nombrado de Lariboisière y el nuevo Hôtel-Dieu de París, reformado tras su incendio de 1772.

Numerosas veces fue consultada Miss Nightingale para la planificación de nuevos hospitales en Inglaterra, Australia, Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica, destacando, en este último país, la crítica que efectuó a los planos del Johns Hopkins Hospital de Baltimore, obra de Niernsee que se concluyó en 1879, tres años después de su comienzo.

Otro importante avance acaecido durante el siglo XIX fue la especialización de los establecimientos hospitalarios para mejorar los cuidados prestados a los pacientes, atendiendo a un solo tipo de dolencia. De esta manera se crearon los hospitales-inclusas, asilos para dementes, hospitales para pernoctar... Tempranamente, durante el primer tercio de este siglo, encontramos los primeros ejemplos en Londres y París.

En España, el Real Decreto de 1885 refleja la concepción que la sociedad de la época tenía del enfermo mental como una especie de ser extraño y temible, poseído o endemoniado, de cuya presencia había que proteger al cuerpo social por medio de la reclusión. El ingreso en el recinto hospitalario, el manicomio, constituyó en aquel tiempo la atribución por parte

de la sociedad de la condición de loco a un individuo, situación que conllevó a establecer importantes trabas legales para evitar ingresos improcedentes, aunque una vez producido éste, las expectativas de salida de los manicomios eran casi nulas. La Ley de Beneficencia de 1849 recogía la obligación del Estado de proporcionar atención sanitaria a sus ciudadanos, si bien las Diputaciones fueron asumiendo esta responsabilidad en el campo de la salud mental iniciando la construcción de manicomios, hasta que un decreto de 19 de abril de 1887 estableció que la obligación de atender a los dementes era imputable a la Diputación de cada provincia.

Aunque la legislación vigente acotaba estas cuestiones, la inexistencia de recursos asistenciales fue la tónica presente durante el siglo XIX, no recibiendo los alienados atención sanitaria y encontrándose desatendidos por las calles o encerrados en sombríos calabozos en los que transcurrían sus días. Los manicomios de la época eran verdaderos pudrideros de locos en los que el ambiente reinante, lejos de favorecer la buena evolución de los pacientes, contribuía a su descompensación y a su desorganización.

Ante la ausencia de hospitales psiquiátricos en el País Vasco, los enfermos eran ingresados fundamentalmente en los Manicomios de Valladolid y Zaragoza, lo que implicaba un importante desplazamiento y en muchos casos, una definitiva desconexión de la comunidad originaria.

El siglo XX vendrá marcado, considerablemente, por una sucesión de formas estéticas que se remarcan en esta tipología. Además de los pabellones, aparecen las colonias que procuraron ubicar los recintos sanitarios en zonas rurales, situación que marcó una diferencia con respecto al siglo XIX. El primer ejemplo de esta

innovación arquitectónica se acometió en la ciudad de Nancy, en el Hospital de Maréville.

En los años sucesivos a la década de 1870, el concepto de los hospitales en pabellones se fue desechando poco a poco, para dar paso a formas arquitectónicas que se elevaban, creciendo en altura. Estas nuevas soluciones se debieron principalmente a las novedades que aparecieron en este momento, con respecto a materiales y técnicas constructivas, a lo que se unió nuevos descubrimientos en el campo de la medicina que efectuaron los doctores Luis Pasteur y Joseph Lister (19). Estos nuevos hallazgos, derogaban el anterior concepto de mediados del XIX en el que el aire enrarecido era el principal enemigo de los pacientes enfermos hospitalizados.

En 1907, Ochsner y Sturm (20) defienden el “compactar edificios de pisos” como solución a las necesidades de la arquitectura hospitalaria. Esta compactación buscaba disminuir la movilidad del paciente y minimizando su contacto con el exterior. Los primeros ejemplos están presentes en Estados Unidos de Norteamérica, como el que diseñó James Gamble Rogers para el Columbia Presbyterian Medical Center de Nueva York, con una capacidad total de 1499 camas.

BIBLIOGRAFÍA

- Arrechea Miguel, J. (1989). *Arquitectura y Romanticismo. El pensamiento arquitectónico en la España del siglo XIX*. Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid. Valladolid.
- Castiglioni, A. (1941). *Historia de la medicina*. Editorial Salvat. Barcelona.
- Clavijo Hernández, F. (1982). *El Hospital de San Salvador de Sevilla en el siglo XV. III Coloquio de Historia Medieval Andaluza*. Jaén.
- Cohen L.B. (1984). *Florence Nightingale*. Scientific American.s.l.

- Diepgen, P. (1925). Historia de la medicina. Editorial Labor. Barcelona.
- Donahue, M. P. (1988). Historia de la Enfermería. Ediciones Doyma. Barcelona.
- García Melero, J. E. (1998). Arte español de la Ilustración y del siglo XIX: en torno a la imagen del pasado. Encuentro L. Madrid.
- García Melero, J. E.; Viñuelas González, J. M. (1996). Historia del arte español moderno y contemporáneo.; Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); Madrid.
- García Melero, J. E.; Bastida de la Calle, M. D. (1996). La obsesión por la imagen del pasado: el romanticismo, sus orígenes clasicistas y su incidencia en las vanguardias artísticas; Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); Madrid.
- Guerra, F. (1982). Historia de la medicina. Editorial Norma. Madrid.
- Granel, L. S. (1980). Historia de los hospitales en el siglo XVIII. s. e. Valladolid.
- Hernández Conesa, J. (1995). Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
- López Piñero, J. M. (2000). Breve historia de la medicina. Editorial Alianza S. L. Madrid.
- Nightingale, F. (1999). Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Editorial Masson. Barcelona.
- Palacios Bañuelos, L. (2003). Manual de Historia Contemporánea Universal. Primera edición. Ed. Dykinson. Barcelona.
- Pevsner, N. (1979): Historia tipológica arquitectónica. Editorial Gustavo Gili. Barcelona.
- Riera, J. (1975). Planos de los Hospitales españoles del siglo XVIII existentes en el Archivo General de Simancas. Seminario de Historia de la Universidad de Valladolid. Valladolid.
- Rodríguez Maffiote, C. (1981). Historia de la medicina. Conrado Rodríguez Maffiote S.L. Santa Cruz de Tenerife.
- Santamaria Almolda, R. (2000): La tipología hospitalaria española en la Real Academia de las Bellas Artes de San Fernando (1814-1875). Tesis dirigida por Dr. José Enrique García Melero; Publicaciones de la UNED. Madrid.
- Sutcliffe, J. (1993). Breve historia de la medicina: desde la prehistoria hasta el año 2020. Editorial Blume. Barcelona.
- Vidler, A. (1997). El espacio de la Ilustración. Alianza Forma. Madrid.
- Woodham-Smith, C. (1951): Florence Nightingale. Ediciones McGraw-Hill Book Co. Nueva York.

NOTAS:

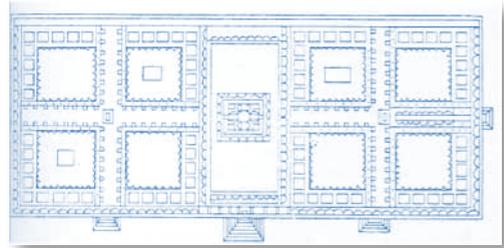
- (1) Fue fundado en el 370 a.C., destinado a los enfermos, siendo sus benefactores los poderosos del lugar.
- (2) Clavijo Hernández, F. (1982). El Hospital de San Salvador de Sevilla en el siglo XV. III Coloquio de Historia Medieval Andaluza. Jaén pp. 78-83.
- (3) Pese a que había sido remodelado también por Claude Vellefaux.
- (4) Su capilla, la de Saint Louis-des-Invalides, fue diseñada por Hardouin-Mansart.
- (5) Esta planta en forma de cruz estará presente hasta el siglo XIX, donde será de primera elección en los diseños propuestos para asilos.
- (6) Esta solución arquitectónica está presente en las obras de Howard, Lazaretos (1789) y la de Durand, Recueil, donde Stonehouse es reproducida y tomada como ejemplo.
- (7) Ambos con una distribución en forma de cruz.
- (8) Esta solución recuerda a las propuestas por Boullée a modo de ornato.
- (9) Stonehouse y el proyecto de Stonehouse-Le Roy-Tenon se utilizó en casos excepcionales.
- (10) Cohen L.B. (1984). Florence Nightingale. Scientific American. s.l. p.128.
En 1853, asumió la superintendencia del Establishment for Gentlewomen During Illness de Londres. Su administración y gestión fue modélica, procurando incluso crear una escuela para la formación de enfermeras. Nunca se llevó a cabo tal empresa, lo que decepcionó considerablemente a Florence.
- (11) Las Diaconisas de Kaiserswerth se fundan hacia 1833 a iniciativa de Teodor Fliedner (1800-1864).

- (12) Woodham-Smith, C. (1951). Florence Nightingale. Ediciones McGraw-Hill Book Co. Nueva York pp. 87-89.
- (13) Donahue, M. P. (1988). Historia de la Enfermería. Editorial Doyma. Barcelona pp. 242-243.
- (14) *Ibidem*; pp. 242-243.
- Ante esta precaria situación, William Howard Russell, corresponsal de guerra del periódico *The Times* remitió varias crónicas que denunciaban la realidad sanitaria de este conflicto bélico. Florence Nightingale tomó medidas con respecto a la higiene y de organización que consiguieron disminuir la mortalidad de manera sorprendente, de un 42 a un 2.2 %.
- (15) Pone como ejemplos los hospitales de: Saint André en Burdeos, Saint Jean en Bruselas y Beaujon y Lariboisière en París.
- (16) Pevsner, N (1979). Historia tipológica arquitectónica. Editorial Gustavo Gili. Barcelona p.185.
- (17) *Ibidem*; pp. 134-140.
- (18) Aprobado por el Congreso Internacional de Estadística celebrado en Londres en 1860.
- (19) El Dr. Luis Pasteur descubrió que las bacterias eran los agentes causantes de la enfermedad; el Dr. Joseph Lister formuló la importancia del tratamiento antiséptico de las heridas para evitar infecciones.
- (20) Pevsner, N. (1979): *opus cit*; p.186.

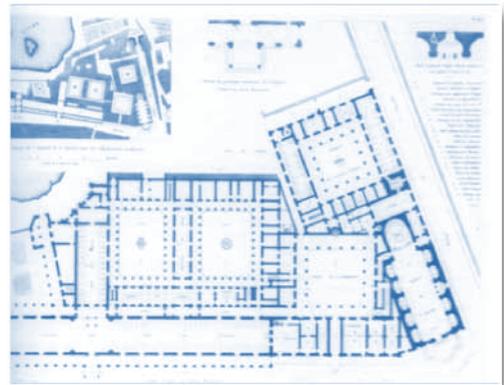
ANEXOS FOTOGRÁFICOS



[1] Plano ideal para la abadía de Sant Gall, aproximadamente del 820: detalle de la enfermería.



[2] Filarete, plano propuesto para el Ospedale Maggiore de Milán (posterior a su *Treatise*, comienzos de la década de 1460)



[3] Santiago de Compostela, Hospital Real, 1501-1511, de Enrique Egas: plano.



[4] París, Hôpital Lariboisière, 1839-1854, de Gauthier: plano, fachada y sección longitudinal.

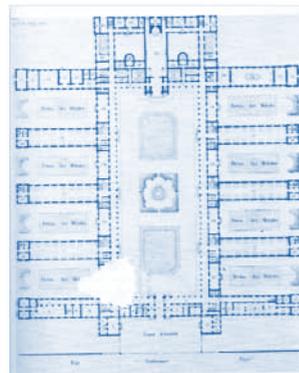


Imagem Pública da Enfermeira Brasileira: Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria (1920-1928)

Brazilian Public Image of the Nurse:
Course of Nurse's Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria
(1920-1928)

Imagen Pública de la Enfermera Brasileña:
Curso de Enfermería de Atención Privada Nuestra Señora de la
Gloria (1920-1928)

Fernando Porto¹, Elaine Fonseca², Anna Karine de Mattos Desvelandes³, Luciane Luchesi Barizon⁴
Wellington de Mendonça Amorim⁵

¹ Pós-doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professor da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro do grupo de pesquisa LAPHE, LACENF e LASENF. Vice-presidente da Academia Brasileira de História da Enfermagem.

^{2,3} Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Membro do grupo de pesquisa LAPHE e LACENF.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. Membro do grupo de pesquisa LAPHE, LACENF e LASENF. Diretoria Academia Brasileira de História da Enfermagem

⁵ Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro do grupo de pesquisa LAPHE, LACENF e LASENF.

Cómo citar este artículo en edición digital: Porto, F; Fonseca, E; de Mattos Desvelandes, A.K; Luchesi Barizon, L; de Mendonça Amorim, W. (2012) Imagem Pública da Enfermeira Brasileira: Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria (1920-1928). Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.06>

Correspondencia: Fernando Porto. E-mail: ramosporto@openlink.com.br

Recibido: 20/11/2011 - Aceptado: 25/02/2012



ABSTRACT

Study with a central focus of analysis in fac- simile posted on the magazine Fon-Fon

on the Course of Nursing of Assistência Nossa Senhora da Gloria. Analysis approach was through the perspective of historical-semiotic. Methodologically, the documents were written and imagery used, the latter being analyzed through a matrix analysis, and historically contextualized. The results showed a further course of Nurses before, probably unknown to researchers in the History of Nursing in Brazil, which increasingly must relativize the studies on this topic since the documentation of collections and many governments must be scrutinized to hit assertive.

Keywords: Nursing, Nursing History and Image.

RESUMEN

Estudio con un enfoque central de análisis en fac-símile publicado en la revista Fon-Fon en el Curso de La Enfermería da Assistência Nossa Senhora da Glória. El análisis se enfoca desde la perspectiva histórico-semiótica. Metodológicamente, los documentos fueron escritos y las imágenes, este último se analiza a través de una matriz de análisis, y contextualizado histórico. Los resultados mostraron más un curso de Enfermeras antes, probablemente desconocido para los investigadores de la Historia de la Enfermería en Brasil, que cada vez debe relativizar los estudios sobre este tema desde la documentación de las colecciones y muchos gobiernos deben ser examinadas para golpear asertivo .

Palabras clave: Enfermería, Historia de la Enfermería y de la imagen.

RESUMO

Estudo com foco central de análise no fac-símile veiculado na Revista Fon-Fon sobre o Curso de Enfermeiras da Assistência Nossa Senhora da Glória. Abordagem de análise ocorreu mediante a perspectiva da histórica-semiótica. Metodologicamente, os documentos utilizados foram escritos e imagético, sendo este último analisado, por meio de uma matriz de análise, e contextualizado historicamente. Os resultados apontaram mais um Curso de Enfermeiras antes, provavelmente, desconhecidos dos pesquisadores em História da Enfermagem no Brasil, o que cada vez mais se devem relativizar os estudos na presente temática, pois a documentação dos acervos precisam, e muito, serem perscrutados para certas assertivas.

Palavras-chave: Enfermagem, História da Enfermagem e Imagem.

INTRODUÇÃO

Na publicação da Revista Cultura de los Cuidados referente ao primeiro semestre de 2010, número 27, foi veiculado o artigo “Escolas e Cursos de Enfermagem na História da Profissão no Brasil (1890-1922)” de autoria de Fernando Porto e Wellington de Mendonça Amorim, que em meio ao texto, os autores relataram que Cursos e Escolas de Enfermeiras no eixo Rio - São Paulo, no Brasil, foi criado, considerando que alguns se desconhecem a sua materialização no período proposto, dentre eles, o Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Glória, no Rio de Janeiro.

Mediante investimento em buscas documentais sobre a Instituição foi possível localizar registros escritos na Revista Brazil-Medico e no documentário intitulado Assistência Pública e provada no Rio de Janeiro: história e estatística. Além destes, um fac-símile com a imagem das alunas e a professora do Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Glória, no Rio de Janeiro veiculado na Revista Fon-Fon.

Neste sentido, tem-se como objeto de análise a representação visual do Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Glória, com objetivo descrever, analiticamente, o fac-símile, veiculado na Revista Fon-Fon, sobre o início das aulas do Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Glória, no Rio de Janeiro, na perspectiva semiótica da construção do mecanismo da imagem pública da Enfermeira brasileira.

A relevância do estudo é a tentativa de preencher mais uma das lacunas da História da Enfermagem Brasileira, apesar dos diversos estudos produzidos, em especial no período nas décadas de 1910 e 1920, pelos pesquisadores brasileiros, pois ao se perscrutar novos

documentos, também, novos dados emergem no sentido de proporcionar outras versões e interpretações para a História da Enfermagem Brasileira.

Ademais, é uma das propostas do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem (LACENF) vinculado ao Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) avançar em propostas metodológicas, em especial da imagem, e (des)cristalizar aspectos da trajetória profissional da enfermagem brasileira.

MÉTODO

O documento imagético utilizado para análise é um fac-símile, considerado como reprodução da imagem, por entender que o mundo da imagem possui dois domínios – material (como representações visuais - desenhos, pinturas, gravuras, fotografias e as imagens cinematográficas, televisivas, holográfica e infográficas) e imaterial (imagens de nossa mente - visões, fantasias e imaginações), considerando que uma depende da outra (Santea-ella e Noth, 1999; Fonseca e Porto, 2010).

Para a realização da interpretação analítica do fac-símile foi utilizado uma matriz de análise testada na tese de doutoramento de Fernando Porto (2007) adaptada dos estudos das pesquisadoras Ana Maria Maud-Andrade (1997), Tânia Cristina Franco Santos (1999) e Maria Ciavata (2002) e que no momento se encontra em aplicação no projeto matriz intitulado “A imagem pública da enfermeira brasileira”

Esta matriz de análise foi elaborada com base em dois conceitos da semiótica: plano de expressão e conteúdo. O plano de expressão se refere à manifestação desse conteúdo como um sistema de significação verbal, não-verbal ou sincrético e o plano de conteúdo ao signi-

ficado do texto. Em outras palavras, o que o texto relata e como ele faz para dizer o que diz - a mensagem (Pietroforte, 2004).

Cabe destacar, neste sentido, o que revela Ana Maria de Souza Mauad-Andrade, quando cita que, ao se analisar a mensagem imagética, como um fenômeno de produção de sentido, dois conceitos históricos são fundamentais: cultura e ideologia. Estes conceitos elucidam a mensagem concebida, sobre às escolhas realizadas de acordo com a dinâmica social à época, que deve ser articulada a caracterização de sua compreensão no contexto da abordagem. Nesta perspectiva, a abordagem semiótica conduz o estudo à luz da perspectiva histórica-semiótica (Mauad-Andrade, 1991).

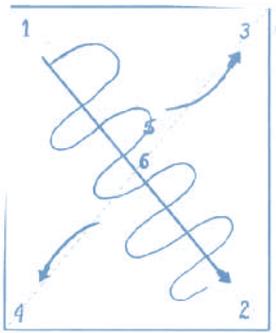
A matriz é composta de quatro partes, a saber: dados de identificação, plano de expressão, plano de conteúdo e dados complementares obtidos em outras fotografias

Os dados de identificação se referem ao: local do acervo – nome da instituição pública ou do proprietário, quando particular; nome da revista ilustrada - como ela se denomina; ano de publicação; número do exemplar; página que se encontra a imagem fotográfica e data da publicação do exemplar da revista e título ou manchete que acompanha a fotografia.

Os dados para o plano de expressão são: crédito da imagem fotográfica – autoria da produção da imagem; relação texto imagem: fotorreportagem é um tipo de notícia constituída, exclusivamente, por fotos com legendas, sem qualquer bloco de texto de apoio ou contextualização, com imagens seqüenciadas ou não opostamente à fotojornalismo; legenda: se refere a um texto para identificar os retratados e/ou cena na foto jornalística ou ilustração, considerada, também, como texto-legenda, sendo de texto curto e sempre editado com foto; resumo do texto; tipo de foto: a foto posada e flagrante, conhecida também como ins-

tantânea; formato: desenho geométrico; plano - os planos fotográficos são do tipo: plano geral - quando retrata ambientes amplos, geralmente, em exterior: plano conjunto - destinado às pessoas quando elas não são os objetos centrais da foto; plano americano - é o plano no qual as pessoas são retratadas da cintura para cima; primeiro plano - conhecido como close de pessoas ou objetos; e o plano detalhe - variante do primeiro em sua máxima representação; sentido: se refere à imagem em relação à página; localização da imagem na página: essas zonas de visualização são áreas estratégicas, tendo como princípio a visão, pois se fixam no lado superior à esquerda do papel, por estarmos condicionados pela escrita ocidental.

Esta tem início da esquerda para a direita, o que caracteriza o alicerce obrigatório dos olhos, influenciando decisivamente em nosso comportamento na leitura. A lógica racional para a leitura ocidental dá origem ao esquema em seis zonas de visualização. A zona primária ou principal (1) contém elementos de forte atração para chamar à atenção do leitor. Como a visão instintivamente se desloca com rapidez em diagonal para o lado inferior oposto (zona morta - 4), a rota básica da vista se projeta do lado superior esquerdo (zona morta - 3) para o lado inferior direito (zona secundária - 2). Neste sentido, a importância do centro ótico (5) e geométrico (6) da página necessita oferecer aspectos atrativos para que a leitura seja ordenada, com racionalidade, sem o deslocamento brutal da visão (Silva, 1985).



ordenada, com racionalidade, sem o deslocamento brutal da visão (Silva, 1985).

Figura n. 1 - Zonas de visualização (Silva, 1985, 45-48)

Os dados do plano de conteúdo são: local retratado: natural, cenário montado, interno, externo e o espaço geográfico; pessoas retratadas: grupo misto, grupo masculino, grupo feminino, grupo infantil, quantas pessoas retratadas; tema da imagem retratada; atributos pessoais: vestimentas e acessórios que as pessoas ostentam; atributos de paisagem: objetos, característica do cenário retratado, elementos presentes para composição da cena.

Os dados complementares obtidos de outra imagem fotográfica são: origem da informação: localização da informação e Informação complementar- articulações possíveis com a imagem analisada.

Ressalta-se que é de interesse para a leitura do texto imagético, a utilização de ampliação da imagem, por meio dos recursos da informática na tela do microcomputador no comando pelo zoom ou, então, pela projeção em multimídia, pois capta melhor o conteúdo do material a ser analisado. Esta ampliação da imagem é também sugestão da pesquisadora Miriam Moreira Leite (1993), que comunga da utilização deste recurso, mas adverte sobre a possibilidade de distorção da imagem original.

Mediante o exposto a matriz foi aplicada ao fac-símile de forma sistematizada e ao final apresentada uma síntese interpretativa, como as considerações finais do estudo em apreço.

RESULTADOS

Contexto histórico sócio-político e da enfermagem

No Brasil, em especial no Rio de Janeiro, as duas primeiras décadas do século XX soaram com o tom enunciativo de modernização, pois após a abolição, se deu início uma nova fase da expansão da cidadania brasileira, se desdobrando, ainda, com o fim da Monarquia, a qual possibilitou ampliação da autoridade pública (Viscardini, 2009).

Para tanto, a modernização implicou em mecanismos sociais de racionalização da vida sócio-sanitário que se materializou em ações de higiene, como suporte ideológico, como opressão à população carente. Esta opressão buscava afastar dos centros urbanos do Rio de Janeiro, aspectos que se considerava obstáculo para o processo de modernização (Rangel, 2010).

Cabe ressaltar que, o entendimento de população carente era entendido como pobreza no sentido de ausência de renda e riqueza; de educação e saúde e; a presença da exclusão étnica ou de gênero. Este impedia que os indivíduos participassem de forma ativa na política e cultural da sociedade à época (Viscardi, 2009).

A solução higienista se relacionava com as propostas de cunho assistencialista ou filantrópico. Esta se configurava sob o estatuto da tutela aos pobres impossibilitados de se transformarem em força de trabalho assalariado, não lhes restando alternativa senão a filantropia (Rangel, 2010).

Em 1908, a Prefeitura do Distrito Federal, o Rio de Janeiro, na gestão do médico Francisco Marcelino de Souza Aguiar (1906-1909), se promoveu o Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada, durante a realização do centenário de abertura dos portos. Esse evento foi dividido em quatro sessões: Assistência médica; Assistência pública em geral; Assistência à infância e Assistência externa (Sanglard, 2008).

As conclusões do evento foram, em síntese, que no que tangia à assistência de urgência e à hospitalar seria de competência do poder municipal, que as cidades com população numerosa ou industrializada deveriam ter um serviço de urgência e que o Posto Central da Assistência do Rio de Janeiro fosse considerado como modelo a ser aplicado em outras cidades. Ademais, sobre a assistência hospitalar os congressistas entenderam a necessidade a urgência da construção de um hospital sobre

aos auspícios do município do Rio de Janeiro, considerando ampliação do Asilo São Francisco de Assis e a criação de um hospital-asilo para incuráveis com capacidade de duzentos leitos. Este último se tornou meta para os políticos no sentido de incentivarem a construção de hospitais públicos no Distrito Federal, que se mostrou ineficiente mediante a epidemia da gripe espanhola (Sanglard, 2008).

Entre 1917 a 1918 foi marcado, principalmente, por dois fatores que influenciaram e redirecionaram os debates acerca da assistência de modo geral, a saber: hospitalar - pela eclosão das graves operárias no eixo Rio- São Paulo, que conduziu à Câmara dos Deputados a discussão sobre o trabalho feminino e infantil; os acidentes de trabalho e a proteção social e; a gripe espanhola, a qual chamou a atenção para o problema crônico dos grandes centros urbanos pela deficiência dos centros de socorro à população carente (Sanglard, 2008).

No ano de 1920, a proposta defendida pelo médico gaúcho Domingos Mascarenhas, na Câmara dos Deputados, parecida com a do sanitário Carlos Chagas, no sentido que o Hospital da Santa Casa de Misericórdia não tinha mais condições de se expandir e atender às necessidades da assistência pública. Mascarenhas conseguiu transformar em decreto o projeto para a construção de hospitais no Distrito Federal, seguindo o modelo arquitetônico germânico. Este projeto viria a garantir a gratuidade aos indigentes, os outros pagariam o proporcional as suas condições financeiras, mas em virtude da aproximação com as festividades do centenário da Independência do Brasil careceu de ser implantado, considerando, ainda, que o mesmo foi reeditado por mais duas vezes, mas sem sucesso, mesmo diante do acirramento das críticas (Sanglard, 2008).

Ressalta-se que no início dos anos de 1920 se teve a criação do Departamento Nacional

de Saúde Pública, que desencadeou a Reforma Sanitária, liderada por Carlos Chagas. A Reforma Sanitária se deu diante da repercussão da falência dos serviços de saúde pública em face da epidemia da gripe espanhola no pós-guerra. Esta reforma era circunscrita por dois discursos ideológicos – tecnicista e o higienista. O primeiro valorizava a racionalidade técnica e científica e o segundo buscava o prestígio científico e tentava evitar o debate político (Porto e Santos, 2008).

Nas festividades do centenário da Independência do Brasil, dois eventos se destacaram no âmbito da assistência pública no Rio de Janeiro: a publicação da obra intitulada “Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro: historia e estatística” e o Congresso Nacional dos Práticos (Sanglard, 2008).

A elaboração da obra supracitada surgiu na gestão do prefeito Bento Ribeiro (1910-1914) - o advogado, escritor e jornalista – que incumbiu a Ataúlfo de Paiva o levantamento estatístico dos estabelecimentos de assistência pública e privada, no Distrito Federal. Este levantamento buscou diagnosticar o combate à crescente pobreza que havia no Rio de Janeiro, incluindo as associações mutualistas, entendidas como àqueles cujos trabalhadores garantiam por meio de renda complementar, o acesso ao atendimento médico ou diminuir os efeitos da exclusão social, na medida em que as sociedades ofereciam espaço para o exercício da cidadania e da política, (Viscardi, 2009).

Para esse fim, Ataúlfo de Paiva organizou três tipos diferentes de questionários, que foram enviados às associações de auxílio mútuo, aos asilos e recolhimentos, e aos hospitais. Além disso, visitou as instituições no que se refere a obtenção informações pormenores. Foi recenseado o total de seiscentos e vinte e quatro Estabelecimentos de Saúde, que se encontravam em funcionamento nos anos de 1912 a

1920, no Rio de Janeiro (Viscardi, 2009).

Dentre os Estabelecimentos de Saúde recenseados, se delimitou a Assistência Particular Nossa Senhora da Glória, no Rio de Janeiro. Este funcionou um curso para a formação de Enfermeiras, com imagem veiculada na Revista Fon-Fon, em 1928.

Á época, a Enfermagem no Distrito Federal tinha, pelo que aponta os estudos realizados pelos pesquisadores Almerinda Moreira (1995), Jussara Sauthier e Ieda Barreira de Alencar (1999), Maria Lucia Mott e Maria Alice Tsunechiro (2002), Maria Lucia Mott e Taka Oguisso (2003), Fernando Porto e Tania Cristina Franco Santos (2008), a saber: Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiros (1890), Escola Prática da Cruz Vermelha Brasileira – Órgão Central (1916), Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo (1917) e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (1922).

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), foi criada dez meses depois da proclamação da República no país, quando se deu a separação do Estado com a Igreja. Anos mais tarde (1921) foi desdobrada em três seções – Masculina, Mixta e Feminina – a feminina foi denominada Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, que funcionou na Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro e a Mixta no Hospício Nacional de Alienados.

O Curso de Enfermeira Voluntária criado no contexto inicial da I Guerra Mundial (1914), que por interesse das Damas da Cruz Vermelha Brasileira propuseram e foi apoiada pela Diretoria da Instituição à época a criação do Curso de Enfermeira Profissional (1916), mediante a inserção do Brasil no conflito, quando a Cruz Vermelha Brasileira – Órgão

Central – também criou a Escola Prática de Enfermeiras, abrigando ambos os Cursos.

A Policlínica de Botafogo criou em 1917 o Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo, com a justificativa de preparar Enfermeiras, caso fosse necessário o encaminhamento de profissionais para o atendimento bélico, bem como para atender a demanda interna da instituição, que formou duas turmas no período de 1917-1920.

Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, atual Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi criada no contexto da Reforma Sanitária, liderada por Carlos Chagas, e subvencionada pela Fundação Rockefeller em 1922.

Essas eram as Escola e Cursos que os pesquisadores evidenciaram em suas pesquisas, delimitado no Rio de Janeiro, com funcionamento regular e que contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil.

Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria

A Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria pelo documento intitulado Assistência Pública e Provada no Rio de Janeiro – História e Estatística (1922, 643 e 644) foi fundada em 1 de maio de 1919, situada na rua Tucuman número um, bairro do Flamengo, no Rio de Janeiro, por Tereza Alves e Antonio Marzullo, com fins de prestar socorros médicos, dentários, de parteira e toda a espécie de assistência em geral aos necessitados.

A manutenção das despesas financeiras da Instituição era custeada pelos sócios em categorias, a saber: iniciadores, fundadores, contribuintes, benfeitores e presidentes honorários. Os sócios para serem admitidos eram obrigados a pagarem o valor da jóia de 10\$000 e para gozarem dos direitos da hospitalizações

o valor de 20\$000 de uma só vez ou 250\$ de 20\$ ao mês.

A Instituição mantinha fundo de reserva denominado de “Mialheiro”, sendo este de 2% da renda bruta e 25% sobre os donativos em dinheiro. Esta verba era para socorrer os sócios enfermos e inválidos, por meio de pensões e outros auxílios necessários de acordo com o estado de cada um, bem como às grávidas e o recolhimento de proteção à infância desprotegida.

O Regulamento Institucional composto de dez artigos, destaca-se em especial atenção às mulheres grávidas e as crianças desprotegidas e nascidas na Instituição.

Pouco se sabe deste Estabelecimento de Saúde, mas pode-se evidenciar no regulamento a preocupação com as mulheres grávidas e a proteção à infância. Neste sentido, também foi possível se identificar que o corpo administrativo era composto de sete mulheres e cinco homens, o que pode ratificar as preocupações com o gênero feminino.

Essa preocupação pode ter sido fator também desencadeante para a formação de Enfermeiras na Instituição anos mais tarde (1928), ou até mesmo anos antes anterior, o que não se pode afirmar no momento, mesmo considerando que o Curso se encontrava previsto no Estatuto publicado em 1920 em Diário Oficial da União (Revista Brazil-Medico 1920).

A veiculação do Curso de Enfermeiras na Revista Brazil-Medico e Fon-Fon

No periódico denominado Revista Brazil-Medico, órgão de interesse científico e prático dos profissionais da classe médica brasileira, em colunas franqueadas aos interessados a assumirem a assinatura e responsabilidade das opiniões emitidas (Revista Brazil-Medico, 1918).

O lançamento da revista ocorreu em 15 de janeiro de 1887 destinado ao grupo médico,

tendo como fundador o médico Antônio Augusto Azevedo Sodré, conhecido como Azevedo Sodré. O periódico era composto por três categorias de colaboradores: professores, médicos e estudantes de medicina. Este veiculava semanalmente dados demográficos, crônicas, notícias médicas, anúncios diversos, casos clínicos e correspondências expedidas e recebidas (Revista Brazil-Medico, 1916).

Dentre as notícias médicas na revista chamou atenção o conteúdo do Curso de Enfermeiras sob o título “Assistência Particular Nossa Senhora da Glória” veiculado em 10 de janeiro de 1920.

O conteúdo da notícia com dezesseis linhas noticiava que, a referida Instituição teria publicado no Diário Oficial em 7 de janeiro de 1920, o resumo do Estatuto, tendo por objetivo

prestar socorro medico, dentários, de parteira e toda a espécie de assistência aos necessitados, serviços estes Ella manterá em sua sêde ou a domicilio, crear hospitalizações, recolhimentos de protecção à infância desprotegida e outros estabelecimentos destinados a amapar os necessitados, assim, como os seus sócios e anexo aos serviços hospitalares creará um curso de enfermeiras, ampliando e creando tantos estabelecimentos e departamentos quantos lhe permitam os recursos (Revista Brazil-Medico, 1920, 26).

No registro noticioso, após o excerto acima, algumas linhas se seguiam no sentido de entendimento de se tratar da justificativa do Curso de Enfermeiras da Instituição, com as seguintes palavras:

Merece especial reparo o projecto do curso de enfermeiras, pois a falta dessas profissionais, competentes, constituem inegavelmente a maior dificuldade com que lutam os directores dos nossos hos-

pitaes e casas de saúde (Revista Brazil-Medico, 1920, 26).

A justificativa, assim entendida, corrobora no contexto aqui apresentado de forma panorâmica da época, mediante as propostas de avanço das construções de hospitais no Distrito Federal e a existência de Escolas e Cursos destinados a formação de Enfermeiras, que se faziam necessárias.

Dentre as revistas da imprensa ilustrada que circulavam no Distrito Federal, delimitou-se a Revista Fon-Fon. Esta revista brasileira surgiu no Rio de Janeiro, em 1907. Seu nome era uma onomatopéia do barulho produzido pela buzina dos automóveis “fon-fon”. Um de seus idealizadores foi Gonzaga Duque - escritor e crítico de arte.

Nesse sentido, o periódico ou também conhecido como “seminário alegre” tratava de assuntos políticos, críticos, esfuziante, telegrafia, em especial, dos costumes e notícias do cotidiano publicadas até agosto de 1958 (Mauad-Andrade, 1991).

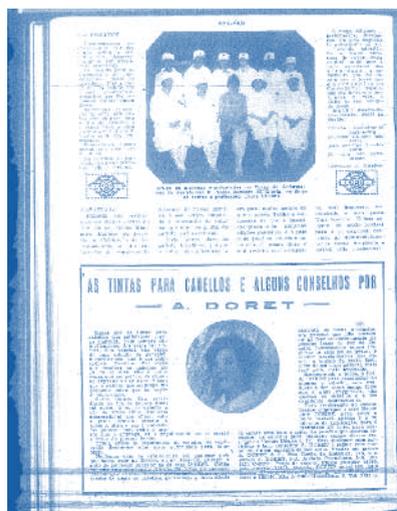
O objetivo da Revista Fon-Fon foi divulgado em 15 de abril de 1907, como:

Fazer rir, alegrar a tua boa alma... com o comentário leve das coisas da atualidade... para os graves problema sua vida, para a mascarada política, para a sisudez conselheiral das finanças e da intrincada complicação dos principios sociais, cá temos a resposta propria: aperta-se a sirene...fon-fon! (Revista Fon-Fon, 1907 apudd Maudade-Andrade, 1991, 301).

Ademais, a Revista Fon-Fon também possuía conteúdo panorâmico, no sentido de realizar um contraponto a diversão que proporcionava o periódico, lembrando que por traz das piadas existiam críticas as políticas governamentais como linha editorial da revista.

Ana Maria Maudad-Andrade (1991) ao analisar algumas imagens veiculadas na imprensa ilustrada, dentre elas da Revista Fon-Fon afirma que, as fotos publicadas eram predominantemente posadas, bem como eram compostas em forma de mosaico dos eventos políticos, esportivos, sociais e artísticos da cidade, juntamente com a vida cotidiana da elite carioca, com destaque para flanerie – palavra de origem francesa, que traduzida significa perambular ou zanzar-, nos espaços reformados pela capital, caracterizando a grande maioria das imagens publicadas.

Essa imprensa ilustrada em meio às imagens veiculadas dos eventos sociais apresentou aos leitores a fotorreportagem, sem título, mas acompanhada de legenda um fac-símile com as alunas e a professora do Curso de Enfermeiras da Assistência Particular Nossa Senhora da Gloria, a qual foi aplicada a matriz de análise.



Fac-símiles n. 1 – Página da Revista Fon-Fon (1928,63) com a imagem ao alto das Alunas do Curso de Enfermeiras da Assistência Nossa Senhora da Gloria

A imagem das alunas com a professora do Curso em apreço se encontra em meio a duas

colunas de um texto intitulado “Um Romance”. Este se referia ao romance de uma moça com um rapaz, que após anos de afastamento geográfico se reencontrou em um hospital, quando ele adoecido necessitou de cuidados, tendo como Enfermeira sua amada do passado marcado pelo diálogo final do texto, com as palavras a seguir de autoria de Leopoldo D. Amaral.

- Venho encontrar-te enfermeira
 - Enfermo, ao meu lado estás.
 - Mas contigo a cabeceira. Eu, alta não quero mais.

(Amaral, 1928, 63)

O texto e a imagem deixam transparecer carecerem de nexus, à primeira vista, por se tratar de um texto romântico até mesmo, possivelmente, deslocado. Mas após uma leitura mais atenta pode-se inferir que, o conteúdo escrito e imagético teve certa intencionalidade do editorialista, no sentido de tentar mostrar aos leitores, principalmente às mulheres, uma versão romanceada para se abraçar a profissão de Enfermeira.

Aplicação da Matriz de Análise no fac-símile

Conforme descrito no método do estudo se apresentará a sistematização da aplicação da matriz de análise em imagem delimitada do Curso de Enfermeiras da Assistência Particular de Nossa Senhora da Gloria.



Fac-símiles n. 2 – Alunas do Curso de Enfermeiras da Assistência Nossa Senhora da Gloria (Revista Fon-Fon, 1928)

Dados de Identificação

- Local do acervo: Biblioteca Nacional
- Nome da revista ilustrada: Revista Fon-Fon
- Ano de publicação: 1928
- Número do exemplar: 38
- Página que se encontra a imagem fotográfica: 63
- Data da publicação do exemplar da revista: 22/09/1928
- Título ou manchete que acompanha a fotografia: não tem

Dados para o Plano de Expressão

- Crédito da imagem fotográfica: autoria desconhecida
- Relação texto Imagem: fotorreportagem
- Legenda: Grupos de alunas matriculadas no Curso de Enfermeiras da Assistência P. Nossa Senhora da Gloria, vendo-se ao centro a professora Laura Vilhena.
- Resumo do texto: não se aplica
- Tipo de foto: posada
- Formato: irregular
- Plano: detalhe
- Sentido: horizontal
- Localização da imagem na página: entre as zonas 1 e 3

Dados para o Plano de Conteúdo

- Local retratado: natural e interno
- Pessoas retratadas: grupo feminino de 11 mulheres
- Tema da imagem retratada: matriculadas no curso
- Atributos:
 - Pessoais:
 - Trajes femininos:
 - Roupa social, com chapéu e meias e sapatos referentes à mulher no centro ótico da imagem em primeiro plano
 - Uniforme – vestido na cor clara de golas no formato “v” e arredon-

dado; mangas cumpridas e de três quarto, ostentam gorros com o símbolo da cruz na cor escura e sapatos na cor escura.

- Paisagem: os atributos de paisagem são pouco visíveis na imagem em virtude escurecimento ao fundo, mas se acredita tratar-se de ambiente interno e natural

Dados Complementares obtidos de outras imagens fotográficas



Fac-símile n.3: Turma de Enfermeiras da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto (Revista da Semana, 1921, p.23).



Fotografia n.1 – Enfermeira Profissional da Escola Prática da Cruz Vermelha Brasileira – Órgão Central (Acervo da Cruz Vermelha Brasileira, 192[0?])

- Origem da informação: Fac-símile n.3 - Revista da Semana, 18/6/1921, p.23 – e Fotografia n.1 - Acervo da Cruz Vermelha Brasileira – Órgão Central, sem data de registro.

• Informação complementar: referente ao gorro, caso não tivesse a imagem à legenda, poderia a mesma ser confundida com alunas ou enfermeiras da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras ou, então, do Curso de Enfermeiras Profissionais da Escola Prática da Cruz Vermelha Brasileira – Órgão Central, que também ostentavam um gorro semelhante.

Outro elemento simbólico, que se aproxima das Escolas acima citadas é o símbolo da cruz. Este símbolo se distingue entre as duas Escolas pela cor, apesar das imagens já pesquisadas serem na escala de cinza, documentos escritos permitiram assertivas de se tratarem das oriundas da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cor azul e da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, na cor vermelha regulamentada pela Instituição.

Síntese Interpretativa

Depreende-se disso, que à época investir na formação de profissionais de enfermagem era de fato contribuir para o desenvolvimento do país, se podendo arriscar a assertiva que se estaria modernizando o Brasil, como o contexto histórico social-político expressava.

Além disso, em especial as imagens, podem ser reveladoras ao serem perscrutadas seja melhor contextualizar a história, bem como para revelar aspectos que outros estudos, ainda, não desvelaram.

No caso do estudo, a imagem foi reveladora, pois o texto escrito e publicado na Revista *Brazil-Medico* em 1920, sinalizou a intenção de um Curso de Enfermeiras e a imagem em 1928 materializou-a, mesmo carecendo saber se elas de fato se formaram.

Ao final se às aspirantes a Enfermeiras de fato se formaram carece de dados para a assertiva. Por outro lado, a evidencia apresentada no estudo da iniciativa do Curso de Enfermei-

ras da Assistência Nossa Senhora da Glória se torna relevante para entender como se deu o processo profissionalização da Enfermagem no Brasil, delimitado no Rio de Janeiro, bem como serve de alerta aos interessados na pesquisa histórica da Enfermagem sobre certas assertivas que muitas vezes precisam ser relativizadas, pois o que move a pesquisa é o desvelar de novos dados/documentos e suas interpretações.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amaral, L. D. Um Romance. (1928). Revista Fon-Fon. 22(38). Rio de Janeiro (Brasil):63.
- Ciavatta, M. (2002). O mundo do trabalho em imagens – a fotografia como fonte histórica (Rio de Janeiro, 1900-1930). DP&A e FAPERJ. Rio de Janeiro (Brasil).
- Fonseca, EFR. e Porto, F. Fac-símile na pesquisa em História da Enfermagem Obstétrica: inauguração da capela da Pro-Matre (1923). Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2(4). Rio de Janeiro (Brasil). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1315/pdf_236. Capturado em 20 de dezembro de 2010.
- Leite, MM. (1993). Retratos de Família: Leitura da Fotografia Histórica. Universidade de São Paulo. São Paulo (Brasil).
- Mauad-Andrade, AMS. (1991). Sob o signo da imagem. A produção fotográfica e o controle dos códigos de representação social da classe dominante do Rio de Janeiro da primeira metade do século XX. Volume I. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro (Brasil). Universidade Federal Fluminense. Curso de História.
- Moreira, A. (1995). Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. História da Enfermagem - versões e interpretações. Revinter. Rio de Janeiro (Brasil):43-160.
- Mott, MA; Tsunehiro, A. (2002). Os Cursos de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. 55(5). Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): 592-599.
- Mott ML, Oguisso, T. (2002). Discutindo os primórdios do ensino de enfermagem no Brasil: o Curso de

- Enfermeiras da Policlínica de Botafogo (1917-1920). 22(1). Revista Paulista de Enfermagem. São Paulo (Brasil);82-92.
- Porto, F, Santos, TCF. (2008). A enfermeira na mira do click fotográfico. História da Enfermagem Brasileira – ritos, lutas e emblemas. Editora Águia Dourado. Rio de Janeiro (Brasil): 25-188.
 - Porto, F e Amorim, W. (2010). Escolas e Cursos da Enfermagem na História da Profissão no Brasil (890-1922). Revista Cultura de los Cuidados. 14(27). Alicante (Espanha):40-45
 - Pietroforte, A. (2002). V. Semiótica Visual – os percursos do olhar. Contexto. São Paulo (Brasil). Prefeitura do Distrito Federal. (1922). Assistência Pública e Provada no Rio de Janeiro; história e estatística. Tipografia do Anuário do Brasil. Rio de Janeiro (Brasil).
 - Rangel, RF. (2010). A Laicização da Assistência Social na Primeira República. XIV Encontro Regional da ANPUH-RIO Memória e Patrimônio. Associação Nacional de História. UNIRIO. Rio de Janeiro (Brasil).
 - Revista Brazil-Medico. (1918). Brazil-Medico. 32(1). Rio de Janeiro (Brasil):1.
 - Revista Brazil-Medico. (1916). Professor Azevedo Sodré. 30(20). Rio de Janeiro (Brasil): 153-154.
 - Revista Brazil-Medico. (1920). Assistência Nossa Senhora da Gloria. 34(2). Rio de Janeiro (Brasil): 26.
 - Revista da Semana. A Escola Profissional de Enfermeiras na Colonia de Alienadas. 22(25). Rio de Janeiro (Brasil):23.
 - Sauthier, J e Barreira, IA. (1999). As Enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil (1921-1931). UFRJ. Rio de Janeiro (Brasil).
 - Santaella, L e Noth W. (1999). Imagem- Cognição. Semiótica, Mídia. Iluminuras. São Paulo. (Brasil).
 - Sanglard, G. (2008). A Primeira República e a Constituição de uma Rede Hospitalar no Distrito. História da Saúde no Rio de Janeiro. Porto, A; Sanglard, G; Fonseca, MRF; Costa, RGR (org.). FIOCRUZ. Rio de Janeiro (Brasil): 61-88.
 - Silva, RS. (1985). Diagramação – o Planejamento visual gráfico na comunicação impressa. Summus. São Paulo (Brasil).
 - Santos, TCF, Barreira, IA. (2002). O Poder simbólico da Enfermagem Norte-americana no ensino da Enfermagem na capital do Brasil (1928-1938). UFRJ. Rio de Janeiro (Brasil).
 - Santos, TCF. A Câmera Discreta e o Olhar Indiscreto: A Persistência da Liderança Norte-Americana no Ensino da Enfermagem na Capital do Brasil (1928-1938). (1998).[Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro (Brasil). Universidade do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery.
 - Viscardini, C.M. R.(2009). Estratégias populares de sobrevivência: o mutualismo no Rio de Janeiro republicano. Revista Brasileira de História. 29 (58). São Paulo (Brasil). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882009000200003&script=sci_arttext. Capturado em 20 de dezembro de 2010.

La enfermería británica y postbritánica en el hospital de Riotinto (1873-1983)

The british nurses and postbritánica in the hospital de Riotinto (1873-1983)

O britânicas enfermeiras e postbritánica no hospital de Riotinto (1873-1983)

Diego José Feria Lorenzo¹, José Eugenio Guerra González²

¹ *Enfermero, Licenciado en Historia, Profesor Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva.*

² *Enfermero, Hospital General de Nuestra Señora de Valme, Sevilla.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Feria Lorenzo, D.J; Guerra González, J.E.. (2012) La enfermería británica y postbritánica en el hospital de Riotinto (1873-1983). Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.07>

Correspondencia: Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva Murillo nº 20 Aljaraque, 21110 Huelva. diego.feria@denf.uhu.es (667660610). José Eugenio Guerra González, Enfermero, Hospital General de Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

E-mail: ppguerra30@hotmail.com.

Recibido: 11/10/2011 - Aceptado: 22/02/2012



ABSTRACT

Since the purchase of the Riotinto mines by the Rio Tinto Rio Company Limited in 1873, the region actually became a British colony until 1954. The creation of a hospital to attend the English people was an example of its organization, although as time went by its staff would be Spanish. Some of the main targets of this study are to identify the British and the Spanish nurses who worked at the hospital, as well as to find out the kind of nursery craft and its influence on the Spanish professionals who worked there. By the moment we have identified not less than 36 British nurses (1873-1954), 13 male nurses and 11 Spanish female nurses (1954-1983). It seems that the Spanish nursery was not really in contact with its

British precedent in the hospital, mucho more advanced as for organization and competence, but not for that its professional prestige was lower.

Keywords: English nurse, hospital Riotinto, English hospital, health mines.

RESUMO

Após a compra das minas de Riotinto pela Rio Tinto Rio Limited Companhia em 1873, a região torna-se de facto uma colônia britânica até 1954. A criação de um hospital para atender o povo da Inglaterra foi um exemplo da sua organização, mas depois o pessoal desta instituição passou ser espanhol. Alguns dos principais objetivos deste estudo são identificar as enfermeiras britânicas e as espanholas que trabalharam no hospital, assim como determinar o tipo de enfermeira praticada e a sua influência nos profissionais espanhóis que trabalharam lá. Até agora temos identificado não menos de 36 enfermeiras britânicas (1873-1954), 13 enfermeiros e 11 enfermeiras espanholas (1954-

1983). Parece que a enfermagem espanhola não teve contacto com a precedente britânica no hospital, muito mais avançada a respeito de organização e capacidade, mais não por isto o seu prestígio profissional foi menor.

Palavras-chave: enfermeira Inglês, Inglês hospital, Riolento hospital, minas de saúde.

RESUMEN

Desde que la Rio Tinto Company Limited adquirió las minas de Riolento en 1873, esta región se convirtió factualmente en una colonia inglesa hasta 1954. La creación de un hospital para atender a la población inglesa fue un ejemplo de su organización, si bien pasando el tiempo su plantilla pasaría a ser española. Algunos de los principales objetivos de este estudio son identificar a las enfermeras inglesas y a las españolas que trabajaron en el hospital, así como conocer el tipo de enfermería practicada y su influencia en los profesionales españoles que trabajaban allí. Hasta ahora hemos identificado a 36 enfermeras inglesas (1873-1954), 13 practicantes y 11 enfermeras españolas (1954-1983). Aparentemente, la enfermería española no tuvo contacto con la inglesa que la precedió en el hospital, mucho más avanzada en cuanto a organización y competencia, pero no por ello su prestigio profesional fue menor.

Palabras clave: enfermería inglesa, hospital de Riolento, hospital inglés, sanidad minera.

INTRODUCCIÓN

La atracción que la riqueza minera de Riolento ha generado a lo largo de la historia se ha hecho patente desde el II- III milenio a. de C., a juzgar por la profusión de vestigios humanos relacionados con esta actividad que aparecen

en la comarca. El poblado del Chinflón en Zalamea la Real datado en el Broce Final, Tartesos con perfeccionamiento de las técnicas y fundición de plata, etc., son algunos ejemplos. Pero fue con el imperialismo de Roma cuando la extracción se realizó a gran escala.

La compra de la mina (92 millones de pesetas) y su explotación por la Rio Tinto Company Limited en 1873, dirigida por Hugh Matheson convirtió la región en una colonia inglesa hasta 1954, en la que de nuevo, y debido a la bajada de los precios del cobre, fue vendida a empresas españolas (PÉREZ LÓPEZ, 2008: 19 y ss). Estos 81 años de presencia inglesa en la zona marcarán una impronta que aún hoy puede adivinarse al conocer la ciudad y observar el barrio victoriano que se construyó para los dirigentes de la empresa, vedado a los españoles, y con edificios que aún perviven. Los ingleses organizaron una colonia aislada del resto de los habitantes y municipios de la zona, aunque de algunos de los servicios creados se carecía en la España de la época y se beneficiarán, no en la misma medida, las poblaciones cercanas a los yacimientos mineros.

Uno de los servicios creados durante la ocupación inglesa en las minas de Riolento (1873-1954), fue el servicio sanitario. Como nos relata Avery, uno de los mayores éxitos de la compañía fueron los servicios de cirugía y medicina preventiva, que proporcionaron “un mayor bienestar humano en los pueblos de alrededor de las minas” (AVERY, 1985: 382-383). La creación de un hospital para atender a los posibles heridos en la actividad extractora de mineral, y sobre todo al Staff inglés, que progresivamente fue asentándose en la comarca alrededor de la actividad de la empresa minera fue uno de ellos.

Presentamos en estas páginas un avance de resultados de un trabajo más amplio que se

encuentra aún en fase de realización, ya que la documentación encontrada es muy amplia y aún estamos en fase de exploración y análisis. La identificación de las enfermeras inglesas desplazadas hacia el lugar para atender a los ingresados en el hospital, así como acercarnos a la descripción de la enfermería practicada y su influencia, si la hubo, en la española constituye una de las metas de este estudio.

Con la reversión de la Compañía a manos españolas el 12 de Agosto de 1954 y efecto de 1 de enero de ese año, autorizada por la Junta General de Accionistas en Londres (AVERY, 1985: 380), el hospital dependerá a partir de esta fecha en cuanto a organización y recursos materiales y humanos de España. Las enfermeras y practicantes que prestaron servicio en esta institución también pasan a ser objetivo de nuestro estudio; así como los cuidados practicados tras la marcha de la enfermería inglesa; la consideración que tenían los profesionales del cuidado, ya que las inglesas se encontraban dentro del Staff de la empresa; si existieron diferencias; si el contacto profesional significó alguna adquisición positiva de conocimientos en ambos sentidos, de las enfermeras inglesas a las españolas o viceversa.

Las fuentes utilizadas para el análisis de la información han sido, además de las bibliográficas en un principio, el Archivo Histórico Minero de la Fundación Río Tinto, concretamente los Staff Books, (libros nº 1 al 5), en los que hemos localizado los expedientes personales de las enfermeras inglesas; y el Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, que ha desentrañado información de los practicantes y enfermeras que trabajaron en dicho hospital y que estaban colegiados. Para utilizar otra visión metodológica que completara nuestro estudio optamos por las fuentes orales, hemos contactado con una de

las enfermeras que trabajó en la institución, la Sra. Doña Carmen Vela, a la que hemos realizado una entrevista para poder componer una historia de vida profesional. La única profesional del cuidado que permanece jubilada de aquella época, tiene 79 años y se encuentra con plenas facultades intelectuales. Su testimonio nos ha aportado información valiosísima del periodo español, que abarcó hasta el año 1982-83 aproximadamente, ya que el hospital actual de la ciudad pertenece a la red sanitaria del Servicio Andaluz de Salud y abrió sus puertas a principios del año 1984. Los objetivos planteados en la entrevista a la Sra. Vela fueron:

- Conocer su formación básica.
- Describir el trabajo de los practicantes y enfermeras españolas.
- Conocer la consideración que tenían dentro del hospital tanto las enfermeras inglesas como las españolas y si existieron diferencias.
- Enumerar las relaciones con las enfermeras inglesas.
- Incidir en la descripción de las relaciones con otros profesionales sanitarios: practicantes españoles, médicos, etc.

El periodo inglés en el hospital de la colonia británica de Riotinto (1873-1954).

Una vez que la compañía minera organizó la extracción de mineral en la comarca, se inicia la llegada y establecimiento de ingleses y paralelamente comienzan a funcionar los servicios sanitarios en un pequeño hospital existente en el lugar. Posteriormente se crearon otros edificios con unos mejores servicios. El inicio de la atención hospitalaria marca la llegada de las enfermeras británicas para la asistencia sanitaria de la colonia, en términos utilizados en la empresa, del Staff o miembros ingleses de la compañía.

TABLA I: ESTANCIA DE LAS ENFERMERAS INGLESAS EN LOS HOSPITALES DE LA RIO TINTO COMPANY LIMITED (1873-1954)

PERIODO	ENFERMERAS	ESTANCIA
1880-1900 (8)	Agnes Glass (Mrs. Roxborough) I. W. Blackadder. H. Huelva E. G. Maitland. <i>Matrón</i> , H. Huelva Margaret K. Hunter C. Gillies, Jefa Enfermeras. R. J. Hay Kate Ford S. M. Ferrier, <i>Matrón</i> .	1882-1895. 1884-1905. 1886-1887. 1890-1891 1891-1895 1893-1895 1895-1898. 1895-1916.
1900-1920 (10)	R. Otway Ruthven Louise Marion Robinson L. H. Newman E. Berridge. H. Huelva Violet Thurston Jean A. Fraser. E. H. Gray, Jefa Enfer., desde 1916 E. D. Thompson. H. Huelva A. M. Macbean. H. Huelva Daisi Saunder, <i>Matrón</i> en H. Huelva .	1900-1901. 1902-1903. ¿? 1904-1909. 1905-¿? 1906-1909. 1909-1919. 1911-1912 1916-1918. 1918-1925
1920-1940 (13)	H. Hay, J. Enfermeras. J. W. Mackencie. A. Sellar, 1ª enfermera puericultora. R. Moore. Angela Margaret Sadler. H. Huelva Grace Sheppard. J. Gatt. Caterin Veronique Caveney J. Enfer. C. J. Taylor. H. Huelva . Nora Isabel Bulmer. Dorothy Oldbam. Ana Scott Green. Casada N. Puerta. Elsie A. Starkey.	1920-1924. 1920-1925. 1923-1928 1924-1925. 1924-1929. 1924-1929. 1926-1929. 1929-1940. 1929-¿? ¿? 1930-¿? 1930. 1930-¿?
1940-1953 (6)	Ingalls. Betty Ford. Thelma Griffis. Tucker, matrona u obstetra. Sheylla Lynch. Rose Marie Wiggins	1950-1951. 1951-1952. ¿? - 1952. 1952-1953. 1954-1955. 1954-1955.

Fuente: Archivo Histórico Minero de la Fundación Río Tinto. Staff Books nº 1 al 5. Elaboración propia.

La primera de ellas en llegar fue Agnes Glass (Mrs. Roxborough), en 1882. En total se han identificado a 37 enfermeras (Tabla I), que prestaron servicio tanto en esta institución como en la creada también por la Compañía en Huelva capital, para los miembros que vi-

vían en ella. No olvidemos que aunque en esta última ciudad la colonia no fue tan rígida y cerrada, también se creó un barrio inglés de estilo victoriano (barrio de la Reina Victoria), como el de Bellavista en Riotinto y que aún pervive.

Las británicas llevaron el peso de la organización enfermera, de la estricta higiene que impusieron e incluso de la creación de un cuerpo auxiliar llamado “mozas de enfermería”, al modo de las actuales “auxiliares de clínica”. Su carácter profesional estricto les llevó a enfrentamientos con médicos españoles por manipular apósitos de heridas sin el importante lavado de manos previo, como nos relata de Vega Ruiz (1997: 119) en su libro sobre la Presencia de la medicina británica en el S. O. de España.

Como podemos apreciar en la Tabla I, desde 1882 a 1955 las enfermeras británicas que trabajaron en el hospital han tenido diferentes categorías dentro de la estructura profesional de su país y como tales han desempeñado su labor gestionando en estos hospitales ingleses. Así las llamadas “matrons”, como S. M. Ferrier, E. G. Maitland y Daysi Saunder, estas dos últimas en el hospital de la Compañía en Huelva, fundado en 1889 (VEGA RUIZ, 1997: 52), detentan el máximo grado al que podía acceder la enfermería inglesa. Sería como una directora de enfermería actual, pero con amplios conocimientos tanto en gestión como en docencia. Si nos acercamos a la bibliografía consultada, apreciamos que ya en los planes de estudio de 1923 en el Reino Unido, se reconoce el valor de la docencia de médicos, pero también es muy importante la que realizan las propias enfermeras con las alumnas en formación, entre ellas de las denominadas matrons: “pero concede gran importancia a las conferencias y a la enseñanza dada por las mismas enfermeras para conseguir una formación completa: matrons, enfermeras tutoras y enfermeras de sala” (BRADSHAW, 2000: 322). La formación de las enfermeras debía incluir conocimientos de anatomía, fisiología, higiene, bacteriología, saneamiento, ginecología, materia médi-

ca, dietética, y enfermería médico quirúrgica. Las candidatas tenían que pasar un examen de todas las materias incluidas en el programa emitido por el Consejo General de Enfermería, órgano creado en 1919 en el Reino Unido. Este examen constaba de tres partes: una escrita, un examen oral y otra de enfermería práctica (BRADSHAW, 2000: 322).

La enfermería española en el hospital minero de Riotinto (1954-1974).

Vega Ruiz (1997: 54-55) enumera el Reglamento del Practicantes, de 1894, de régimen interno y de obligado cumplimiento en los hospitales de Riotinto y Huelva, y afirma que la enfermería en los centros reseñados es muy apreciada y con un alto grado de competencia:

1. “El practicante asistirá a todas las operaciones y hará todas las curas en las salas y gabinetes de cirugía.
2. Será responsable de que los instrumentos y demás aparatos quirúrgicos estén limpios y en buen estado.
3. Tendrá a su cargo la limpieza, aseo y desinfección de los jardines, corral, depósito de cadáveres, cuadra, excusados, orinales y demás accesorios, menos el lavadero.
4. Tendrá cuidado de que el carro de la basura se vacíe con la debida frecuencia, para evitar olores ofensivos y de los caños que conduzcan aguas sucias, etc., así como que la casilla del carro se mantengan limpios.
5. Cuidará de que haya siempre en el depósito suficiente carbón y leña partida. Será responsable de que la cantidad recibida sea siempre igual a la pedida y de que nunca falte carbón en las cajas de las habitaciones del edificio, surtiéndolas cuando sea necesario.
6. Tendrá la responsabilidad de la limpieza de los quinqués y mecheros de gas, cuidando que se use el petróleo en debida forma. Tam-

bién tendrá a su cargo la llave de donde estos efectos se guarde.

7. Se encargará de los servicios de los criados, mandándolos al almacén, plaza o cualquier otro sitio, cuidando de que vuelvan de los mandados con la menor tardanza.

8. Será responsable del buen estado de las ventanas, puertas, ventiladores, estufas, etc.”

Basándonos en esta normativa interna interpretamos que además de las funciones asistenciales técnicas, al practicante se le pedía gestión y administración en relación con la higiene y dotación del hospital, y estaba a cargo de los criados, etc.

Los practicantes fueron 13 (Tabla II) y las

enfermeras españolas un total de 11 (Tabla III). Es necesario destacar que en un primer momento en el hospital de Huelva la relación entre enfermeras británicas (Blackader y Ferrie), el practicante Bartolesi y dos enfermeras españolas citadas en un escrito del Dr. Pedro Seras en La Gaceta Médica Catalana en 1893 era bastante buena, pues describe que todos “llevan las historias clínicas de los enfermos con un cuidado excelente” (VEGA RUIZ, 1997: 51). Del relato se desprende que la relación entre estos profesionales era como mínimo cordial y de una colaboración entre ellos importante hacia el objetivo común que era la atención al enfermo.

TABLA II: PRACTICANTES ESPAÑOLES EN LOS HOSPITALES DE LA RIO TINTO COMPANY LIMITED EN RIOTINTO Y HUELVA (1873-1954)

Nombre	Año hospital	Función	Colegiación	Hospital
Antonio Bartolesi Lasarga	1899, 1907	Quirófano		Huelva
Manuel Cuevas Bocanegra	1900	Boticario, Rx	Nº col: 317, de 1944 a 1983	Riotinto
Tomás López Moreno	1910			Riotinto
Gabino Centeno Fernández	1910			Riotinto
Francisco Duran Ortiz	1913	Quirófano		Riotinto
Manuel Jiménez Rivero	1914		Nº col: 94, de 1930 a 1959	Riotinto
Manuel López	1920	Quirófano		
Manuel Duran Pernil	1940	Quirófano, Rx	Nº col: 43, de 1930 a 1974	Riotinto
Manuel González Costa			Nº col: 39, de 1930 a 1976	Riotinto, Huelva
Francisco Romero Perea		Quirófano-Anestesia		Riotinto, Practicante Mayor del Hospital.
Manuel Moreno García			Nº col: 244, de 1941 a 1981	Riotinto, Practicante Mayor del Hospital.
Antonio Minchón			Nº col: 26, de 1930 a 1952 fallecimiento	Huelva
Wenceslao Marín.			Nº col: 328, de 1946 a 1988.	Huelva

Fuente: Archivo Histórico Minero de la Fundación Río Tinto y Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

Elaboración propia.

TABLA III: ENFERMERAS ESPAÑOLAS EN LOS HOSPITALES DE RIOTINTO Y HUELVA
(1950-1983)

Nombre	Año hospital	Función	Colegiación	Hospital
Julia García.		Staff, rango de alta empleada		Riotinto, matrimonio con M. Moreno
Natalia Jiménez Cambero	1951-1953	Staff, rango de alta empleada	Nº col: 802, de 1978 a 1989	Riotinto, Huelva matrimonio con T. Vega
Lucia Gutiérrez Fernández		Staff	Nº col: 445, de 1953 a 1956	Riotinto, Huelva
Ana María Luzón		Staff		Huelva
Antonia Gómez Gómez		Staff	Nº 1047	Riotinto
Ana Martínez Ballestero		Staff, matrona		Riotinto
Carmen Rubio		Staff		Riotinto
Dora Castillo		Staff		Riotinto
Carmen Vela	¿?- 1971		de 1958 a 1996	Riotinto
Marichu Gómez de Segura	1957			Riotinto
Maruja Alonso	1957			Riotinto

Fuente: Archivo Histórico Minero de la Fundación Río Tinto y Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

Elaboración propia.

Para describir la última etapa del hospital de Riotinto hemos optado por la historia oral como metodología, para reconstruir la organización y el trabajo de la enfermería en dicha institución. La entrevista creada para construir una historia profesional y la puesta en valor de unos hechos se convierte en un instrumento muy destacado para recuperar memorias y experiencias de episodios vividos. Según Halbwachs, “la memoria envuelve una relación entre la repetición y la rememoración. Cabe resaltar que, al analizar la repetición de las memorias, Halbwachs observó que ella ocurre juntamente con su revisión. “Al investigar las imágenes en las cuales los actores históricos representan su mundo, los historiadores pueden identificar las estructuras de la imaginación colectiva y el poder del grupo social que las creó” (FERREIRA, 2002: 9). Como afirma Jackson (2010) los relatos personales ayudan a comprender mejor a los individuos que los generan y sus motivos en

el pasado, más que la observación de los mismos hechos ocurridos.

Carmen Vela estudió en Sevilla en el Hospital de las Cinco Llagas, sede actual del parlamento de Andalucía:

“De la docencia se encargaban los médicos. No existían enfermeras docentes, sí monjas que eran quienes la organizaban. Pertenecían a las Hermanas de la Caridad. Estuve en distintas Salas del Hospital: la de San Cosme y la de San Damián (enfermos de TBC), Sala de Piel, etc. Hacía vendas de yeso, ponía inyecciones de oro, actuaba de voluntaria en ginecología porque hasta los 18 años no me podía presentar”.

Finalizó los estudios en 1952 (Título de Practicante), además realizó estudios de Diplomada en Seguridad e Higiene del Trabajo por la Facultad de Granada y la OMS. El trabajo desempeñado en el hospital de Riotinto era fundamentalmente técnico:

“No había enfermeras, yo era practicante, era Jefa, creé el grupo de Auxiliares de Clínica.

Los practicantes estaban en otro sitio, ellos llevaban sus relevos y sus cosas, yo no tenía nada que ver. Aunque al principio sí, yo entré de practicante. Después me pusieron con el Dr. Vega, instrumentaba y ayudaba a operar, hasta que me hice ayudante de mesa de operaciones. Yo era la Jefa de las auxiliares y la organización de los practicantes la llevaba Manolo Moreno”.

El trabajo de los practicantes era:

“Su obligación era el Servicio de relevo mañana y noche, trabajaban únicamente en urgencias. Manolo Moreno pasaba visita conmigo y con el Dr. Vega. Si había una intervención muy grande se ponía conmigo, también curaban a los pacientes en planta, las auxiliares no tocaban a los enfermos para curarlos, estas hacían sus camas, ayudaban a los practicantes, le daban la comida y la higiene de los enfermos (ni los practicantes ni las enfermeras lavaban a los enfermos). Manolo Duran estaba siempre en Rx”.

Respecto a la consideración de la enfermería en el hospital afirma Carmen que tenían todos un alto estatus e incluso ella era la que prestaba cuidados en el corredor inglés, donde ingresaban los miembros del Staff que quedaban en la institución. En este último periodo del hospital las enfermeras españolas no tuvieron contacto con las inglesas, pues ya no quedaba ninguna. No hubo conflictos entre los practicantes, ni de estos con los médicos:

“Conmigo nunca hubo problemas. Yo hacía los reconocimientos médicos y realizaba los informes. Todo lo sabía por el Dr. Antonio de la Villa y el Dr. José Suárez, me enseñó lo que era silicosis de primer y segundo grado, silicosis en cáscara de huevo, silico-tuberculosis y nosotros dos determinábamos si los teníamos que sacar de la mina o no”.

La visión y el trabajo de la enfermería era de orientación biomédica, a juzgar por las pa-

labras de la Sra. Vela, preludio de los planes de estudio de la formación de Ayudante Técnico Sanitario de 1953.

CONCLUSIONES

Es necesario poner de relieve, ahora que llegamos al apartado de las conclusiones y teniendo en cuenta que aportamos en esta publicación un avance de resultados de un trabajo más amplio, que nos faltaría revisar más a fondo los expedientes personales, tanto de las enfermeras inglesas como los de los practicantes y enfermeras españolas. Una figura importante que nos gustaría descubrir y estudiar son los denominados topiqueros, individuos adiestrados en técnicas sanitarias que bajaban a poner tratamientos en la misma mina. La labor de las mozas y de las auxiliares de enfermería, los registros de las enfermas inglesas, etc. Todo un campo en definitiva que aún está por explorar.

Pero lo que si podemos adelantar es que la formación y cuidados de la enfermería inglesa estaban en un ámbito superior en cuanto a formación, organización y competencia. La enfermería española tuvo contacto con la inglesa en un primer momento, aunque no podemos aún precisar si existió algún tipo de intercambios profesionales. En el periodo español, y según se desprende del relato de Carmen Vela, no hubo relación alguna con las enfermeras inglesas, aunque siguieron organizando los cuidados en el hospital. Contaron con un gran prestigio tanto unas como otras/os, describiendo una labor principalmente técnica en lo que se refiere a los profesionales españoles. Labor que hacía presagiar los cambios en la formación de año 1953 (ATS), orientados hacia una enfermería técnica y hacia una figura de auxiliar del médico.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
- Archivo Histórico Minero de la Fundación Río Tinto. Staff Books nº 1 al nº 5 (documentación digitalizada, consultada in situ).
- AVERY, D. (1985). Nunca en el cumpleaños de la reina Victoria. Historia de las minas de Riotinto. Barcelona: Editorial Labor.
- BRADSHAW, A. (2000). Competence and British nursing: a view from history. [Review]. *Journal of Clinical Nursing*(9), 321-329.
 - (Pág. 7) “[...] but attached great importance to lectures and teaching being given by fully trained nurses: matrons, sister tutors, ward sisters and so on”
 - (Pág. 7-8) “Secondly, that the subjects for examination should include anatomy, physiology, elementary science (including hygiene, bacteriology, sanitation), first aid, gynaecology, materia medica, dietetics, surgical nursing and medical nursing. Candidates were required to pass an examination in all these subjects included in the syllabus issued by the Council. The State Examination was concerned with written papers, a viva voce examination and an examination in practical nursing (GNC, 1921; pp. 187±189)”.
- FERREIRA, M. (2002). Historia oral: una brújula para los desafíos de la historia. *Historia, Antropología y Fuentes orales: escenarios migratorios*. Barcelona, nº28, p.141-152 .
- JACKSON, Ángela (2010). Las mujeres británicas en la Guerra Civil española. Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- PÉREZ LÓPEZ, J. M. (2008). Guía e instrumentos de descripción del Archivo Histórico Minero Fundación Río Tinto. Sevilla: Fundación Río Tinto y Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía. .
- VEGA RUIZ, T. (1997). Presencia de la medicina británica en el suroeste de España. Historia de los servicios médicos de Riotinto. San Juan del Puerto (Huelva): Teodoro de Vega Ruiz.

Elizabeth Kenny: la inspiración de cuidar

Elizabeth Kenny: the inspiration of caring

Elizabeth Kenny: a inspiração de cuidar

M^a Luz Fernández Fernández¹, Raquel López Maza²

¹Licenciada en Historia. Máster Interuniversitario de Historia Contemporánea. Diplomada en Enfermería. Profesora E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" U. de Cantabria.

²Master de Investigación en Cuidados de Enfermería. Enfermera del Servicio de Documentación del Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. Torrelavega. Cantabria. Profesora Asociada del Dpto. de Enfermería de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" U. de Cantabria

Cómo citar este artículo en edición digital: Fernández Fernández, M^aL. López Maza, R. (2012) Elizabeth Kenny: la inspiración de cuidar. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.08>

Correspondencia: M^a Luz Fernández Fernández. E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" U. de Cantabria. Avda. Valdecilla s/n.

C.P. 39008. E-mail: fernandml@unican.es (942201676/606790357)

Recibido: 22/11/2011- Aceptado: 18/02/2012



ABSTRACT

The figure of the nurse Elizabeth Kenny has been notably recognized in all studies related to poliomyelitis, since her therapeutic methods generated a great controversy with the medical community at that time.

The nursing care procedures developed by Ms. Kenny in people suffering poliomyelitis have been the objective of several research works. Those works were focused on her as a therapist, but they hardly highlighted her role as a nurse. This is a fact that remains clear in the few papers on her figure from this point of view.

This topic is of a great importance since the work performed by nurses is not often appre-

ciated outside their own professional field, as it was the case for F. Nightingale.

Ms. Kenny's work is well known and recognized in medicine and physiotherapy. In this way it is important to notice that it was Ms. Kenny's experience as a nurse what allowed her to introduce some pioneer care procedures that improved the outcome of people affected by poliomyelitis.

In this study, we analyze the significance and repercussion of the work done by Elizabeth Kenny in the nursing care field.

Keywords: Elizabeth Kenny; Sister Kenny; Nursing Care; Poliomyelitis; Kenny's Method; Nurse Kenny.

RESUMO

A figura da enfermeira Elizabeth Kenny tem sido notavelmente reconhecida em todos os estudos relacionados com a poliomielites, porque seus métodos terapêuticos gerariam uma grande polemica na comunidade medica da época. As medidas de cuidados empregadas por Kenny aos pacientes afetados por esta enfermidade tem sido objetivo de varias pes-

quisas, apesar de que enfoquem mais o seu trabalho terapêutico e quase não destacam o seu papel como enfermeira. Um fato que é evidente nos poucos trabalhos sobre sua figura desde essa visão. Esta questão é de grande importância, pois em poucas ocasiões o trabalho das enfermeiras foi reconhecido fora do seu campo profissional, como no caso de F. Nightingale. O trabalho da enfermeira Kenny, teve projeção na Medicina e na Fisioterapia, mas é importante destacar que foi a sua experiência como enfermeira que lhe permitiu aplicar cuidados pioneiros que mudaram as expectativas dos doentes de Poliomielites. Por tanto, através deste estudo pretende-se analisar a importância do trabalho realizado por Elizabeth Kenny na projeção do papel da enfermagem.

Palavras-chave: Elizabeth Kenny; Sister Kenny; Atención de Enfermería; Poliomielitis; Método Kenny.

RESUMEN

La figura de la enfermera Elizabeth Kenny ha sido notablemente reconocida en todos aquellos estudios relacionados con la poliomielitis, ya que sus métodos terapéuticos generarían una gran controversia con el colectivo médico de la época. Las medidas de cuidado empleadas por Kenny en las personas afectadas de esta enfermedad, han sido objeto de distintos trabajos de investigación aunque se centran en su labor terapéutica y apenas resaltan su rol como enfermera, un hecho que queda patente en los escasos trabajos sobre su figura desde esta óptica. Esta cuestión tiene gran trascendencia debido a que en muy pocas ocasiones se reconoce la labor de las enfermeras fuera de su campo profesional, como fue el caso de F. Nightingale. El trabajo de Kenny, ha tenido mayor proyección en la Medicina y la

Fisioterapia, pero es importante remarcar, que fue su experiencia como enfermera la que le permitió aplicar unos cuidados pioneros que modificaron las expectativas de las personas afectadas de Poliomielitis. Por ello, a través de este trabajo se pretende analizar la trascendencia de la labor realizada por Elizabeth Kenny en la proyección del cuidado enfermero.

Palabras clave: Elizabeth Kenny; Sister Kenny; Atención de Enfermería; Poliomielitis; Método Kenny; Enfermera Kenny.

INTRODUCCIÓN

La figura de Elizabeth Kenny es sobradamente conocida en el campo de la Medicina Rehabilitadora, fundamentalmente, en los trabajos centrados en el estudio de la Poliomielitis, ya que los procedimientos empleados por Kenny en el tratamiento de los síntomas de esta enfermedad chocaron frontalmente con la ortodoxia médica, aunque gracias a su tesón y empeño, además de los excelentes resultados que esta enfermera obtenía de su aplicación, serían finalmente aceptados por la comunidad científica médica.

A pesar de este reconocimiento, no deja de ser sorprendente que apenas existan estudios que hayan explorado su actuación desde la óptica de la Enfermería. Después de todo, fueron la observación constante, su fuerza y determinación en la eficacia de su método, lo que contribuyó a mejorar los síntomas de la Poliomielitis, la aplicación del mismo en la fase aguda, disminuía el dolor y la rigidez muscular, lo que unido a la reeducación de los músculos, permitió que muchos niños volvieran a caminar.

El trabajo de Sister Kenny tuvo especial relevancia por dirigirse principalmente a la población infantil, que sin duda fue la más afectada por la enfermedad. Desde su condición

como enfermera en el área rural, no sólo tuvo que dirigir los cuidados a los pacientes, sino también, ayudar a las familias a superar la angustia y la desesperación de ver a sus hijos bajo el riesgo de morir o quedar parálíticos.

Las mayores dificultades con las que se enfrentó Kenny fueron las críticas y el rechazo de la clase médica que no estaba dispuesta aceptar que una enfermera se saltara los cánones que aplicaba la Medicina tradicional. Sin duda, para los médicos de la época, Kenny se había introducido en un terreno que no la correspondía ya que como enfermera, debía trabajar siempre bajo las órdenes médicas, y desde luego, la estaba vedado tener independencia en su trabajo, y mucho menos pensamiento propio.

El empleo de su método puso de manifiesto la importancia de la Enfermería, cuyo fin principal, era aliviar los síntomas que observaba en los niños que padecían Polio y tratar de mejorarlos. A lo largo de este trabajo trataremos de analizar la trascendencia del trabajo de Kenny en la proyección del cuidado enfermero.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE LA POLIOMIELITIS

Puesto que la trascendencia de la figura de Kenny estuvo ligada a la Poliomielitis, trataremos de exponer brevemente cuales fueron las circunstancias históricas en las que se desarrolló esta enfermedad.

La conocida popularmente como Parálisis Infantil por afectar principalmente a este sector de la población, fue una de las principales epidemias del siglo XX, manifestándose esencialmente por presentar síntomas de rigidez muscular y dolor.

La Poliomielitis es una enfermedad que se conoce desde la Antigüedad, situándose las primeras referencias en Egipto, hacia el año 3.700

a.C., aunque los primeros brotes epidémicos surgieron a finales del siglo XIX en el norte de Europa, Norteamérica y Australia, afectando tanto a la población infantil como a los adultos. La primera referencia a la Poliomielitis como epidemia aparece en un informe del anatomista y cirujano inglés Charles Bell en 1836, quién años antes, en 1821, había demostrado que las lesiones del séptimo nervio craneal producían parálisis facial. Bell, describió en su informe los hechos que acontecieron en un lugar aislado de la isla de Santa Elena donde habían aparecido una serie de casos de niños con parálisis y especificaba que merecía la pena examinar esta situación. Sin embargo, el carácter epidémico de esta enfermedad no se tendría en cuenta hasta 1868 cuando aparecieron una serie de casos en Noruega y pequeños brotes en distintos países de la geografía mundial.

La naturaleza infecciosa de la enfermedad sería descrita por Landsteiner y Popper en 1908, tras inocular en monos el tejido del sistema nervioso central de un paciente fallecido por esta afección. A pesar de los distintos avances con respecto a la clínica y tratamiento de los síntomas de la enfermedad, los conocimientos sobre el virus de la Poliomielitis en 1941 eran aún escasos. El aumento de casos en los años posteriores fue determinante para que en 1953 la OMS expondría la amenaza que esta enfermedad suponía para la humanidad. Esta situación, daría un giro trascendental, cuando el virólogo estadounidense Jonas Salk, descubrió la primera vacuna en 1955 utilizando virus vivos y que administraba en tres dosis por vía intramuscular. Posteriormente, en 1957, sería sustituida por la nueva vacuna descubierta por Albert Sabin a partir de virus vivos atenuados y por vía oral que resultó más eficaz, ya que proporcionaba una inmunidad mucho más rápida que la de Salk.

El primer caso epidémico de poliomielitis en nuestro país data de 1896 en Valls, provincia de Tarragona, y no se tendrían nuevas referencias hasta 1916, año en el que aparecieron numerosos casos, aunque la tasa más alta de morbilidad de esta epidemia en España se sitúa entre los años 1949 y 1963, con especial incidencia en 1959.

Es importante reflejar, que mientras en los demás países en la década de los cincuenta, y gracias a la vacunación, el número de afectados iba disminuyendo, las circunstancias políticas de nuestro país retrasaron el inicio de la vacunación hasta finales de 1963, declarándose los últimos casos de poliomielitis en 1989.

En la actualidad, el Informe de la OMS del 2010, según los datos obtenidos del 2009, se registraron un total de 1595 casos de Polio en veintitrés países, de los que 1247 corresponden a los países de Afganistán, India, Nigeria y Pakistán; 142, se sitúan en países en los que el virus se ha vuelto a establecer, caso de Angola, Chad, República Democrática del Congo y Sudán, y los 206 casos restantes están repartidos en países de la parte occidental, central y cuerno de África.

ELIZABETH KENNY

Nacida en 1886 en Australia, concretamente en Warialda, Nueva Gales del Sur, recibió una limitada educación debido a los continuos cambios de lugar de residencia, ante la insatisfacción laboral de su padre.

Un acontecimiento acaecido en su infancia, cuando a la edad de 10 años se fracturó una muñeca al caerse de un caballo, marcaría su futuro posterior, ya que este hecho la permitiría conocer al Dr. McDonnell's, un cirujano que sería trascendental en la vida de Kenny, y cuya amistad duraría hasta la muerte de éste. Esta circunstancia, unida a la delicada salud de

su hermano Bill, a quién Elizabeth le practicaba ejercicios para ayudarle a desarrollar su sistema muscular, la llevaron a interesarse por los libros de Anatomía Humana que le eran proporcionados por su amigo McDonnell's, quién ante este interés la sugeriría que estudiara Enfermería.

A pesar de que no existe ningún documento que acredite la formación formal de Kenny como enfermera, se sabe que trabajó como voluntaria en la pequeña maternidad de Guyra, Nueva Gales del Sur, y que a los 23 años se estableció como "bush nurse", enfermera de granjas, lo que podría entenderse como enfermera rural.

Para comprender las circunstancias en las que se desarrolló el trabajo de Kenny como enfermera sin una formación reglada, es importante tener en cuenta algunos aspectos. Las características geográficas y demográficas de Australia a principios del siglo XX, configuradas por grandes extensiones de terreno, con poblaciones muy distantes, y de difícil acceso ponía de manifiesto las dificultades de la población rural en cuanto a atención sanitaria se refiere. Así, todos reclamaban a la enfermera Kenny, quién cubriría largas distancias a caballo para atender las necesidades de una población que carecía de atención médica, por lo que su labor resultó esencial.

Por otra parte, es esencial tener en cuenta, que el desarrollo de la Enfermería en Australia como profesión no fue un camino fácil, sino todo lo contrario. Los inicios del mismo se atribuyen a la enfermera inglesa Lucy Osburn, formada en la Escuela de Enfermería del Hospital de Santo Tomás en Londres, fundada por Florence Nightingale en 1860. Osburn, llegaría a Australia en 1868 junto con cinco enfermeras para implantar en este país el modelo de formación enfermera instituido por Nightingale

en Inglaterra. En el período comprendido entre 1868 y 1884, se formarían ciento cincuenta y tres enfermeras bajo la influencia de este modelo constituyendo así, el primer núcleo seglar de la Enfermería australiana.

Como exponíamos con anterioridad, Osburn debió sortear numerosas dificultades para dignificar el trabajo de las mujeres y establecer una enfermería debidamente formada, de hecho, se la considera como la pionera en el empleo de las mujeres en un servicio público. Antes de su llegada, las labores de enfermera habían estado en manos de mujeres de dudosa reputación, que en muchos casos utilizaban este servicio para redimir su condena. Estos hechos, unidos a la oposición de algunos médicos que denominaban y consideraban a las enfermeras como “sirvientas”, dificultaron durante largos años la institucionalización de la enfermería como profesión, aunque Lucy Osburn acabaría demostrando la necesidad de una Enfermería entrenada y disciplinada. Aunque no sería hasta la participación de las enfermeras y su labor esencial en los conflictos bélicos mundiales cuando se reconociera su contribución y necesidad para la sociedad, y por tanto, su papel imprescindible en los cuidados de salud de la población.

Todo lo descrito anteriormente nos ayuda a comprender las condiciones en las que trabajó la enfermera Kenny en el área rural, y sería precisamente en este contexto cuando tendría el primer contacto con la Poliomieltis, cuando en 1911, debió acudir a la llamada de una familia que solicitó sus servicios ante la situación de una niña que presentaba rigidez y dolor muscular que se intensificaba al tocarla. Kenny estaba desconcertada ante la situación, por lo que decidió telegrafiar al Dr. McDonell’s, explicándole los síntomas que observó en la niña. La respuesta fue muy concreta, se trata-

ba de Parálisis Infantil, pero no se conocía el tratamiento, la recomendación de su amigo el doctor fue que tratara de aliviar los síntomas según fuesen apareciendo.

Elizabeht, comenzó a observar y analizar a la niña, para tratar de aliviar el intenso dolor que padecía, recordaría entonces los conocimientos que había adquirido sobre anatomía y comenzó a aplicar sal caliente y cataplasmas de linaza observando que aunque no se aliviaba el dolor, si respondía al calor. Entonces, decidió envolverla con tiras de una manta de lana después de meterla en agua hirviendo y haberla escurrido, días después, el dolor había desaparecido. Sin embargo, la niña era incapaz de levantarse y mover las piernas a pasar de intentarlo, Kenny volvería a observar los músculos de la pierna, y finalmente se daría cuenta de que aunque no se apreciaba ninguna lesión a simple vista, la niña había olvidado cómo moverlos. Comenzaría entonces a practicarla los ejercicios pasivos con el fin de reeducar los músculos, lo que permitiría la recuperación total de la niña que volvería a caminar sin ninguna secuela. Así, surgiría el método Kenny quién atribuiría las causas de esta enfermedad a tres fenómenos: el espasmo, refiriéndose a la tirantez de los músculos; la incoordinación muscular y la enajenación mental.

A partir de este caso y ante los buenos resultados obtenidos Kenny, aplicaría su método en otros niños con Parálisis Infantil pero sus tratamientos chocarían con los que utilizaba la medicina tradicional basados en el reposo absoluto y la inmovilización, con lamentables consecuencias para muchos de ellos que tendrían grandes dificultades para volver a caminar. Sin embargo, la clase médica, excepto su amigo McDonell’s, no estaba dispuesta a aceptar que una enfermera les diera lecciones y mucho menos que les cuestionara, puesto



que consideraban que sus aportaciones carecían de todo rigor científico

Elizabeth continuaría trabajando a pesar de la continua oposición médica y abriría en 1913 un pequeño hospital que vendería dos años después para incorporarse al Cuerpo del Enfermería de la Armada Australiana, tras el estallido de la I Guerra Mundial. Para poder incorporarse a filas fue necesario un informe de su amigo McDonell's, en el que reconocía por escrito su capacidad y valía como enfermera. En 1916 se le concedería el nombre "Sister", que equivalía a primer teniente del ejército, desarrollando su trabajo como jefa de enfermeras de los hospitales Británicos.

Una vez concluida la Guerra, en 1919, Kenny continuaría trabajando con los niños de Polio, sin embargo, la falta de respaldo de su método por los médicos la impedía tratar los casos agudos, por lo que se ocupó de los crónicos y los que eran rechazados por la medicina. El gran apoyo del público al método Kenny no pasaría desapercibido para las autoridades sanitarias y en 1938 a petición de ésta, se realizaría un estudio en el que contrastarían su método, con el ortodoxo empleado por la medicina tradicional. Los resultados dejaron patente la eficacia del primero, pero los médicos no lo aceptarían acusándola de malgastar el dinero y obtener beneficios políticos.

Esta continua falta de apoyos, y tras la muerte de su gran amigo el Dr. McDonell's, la hizo tomar la decisión de trasladarse a América para poder trabajar con su método en los pacientes afectados de Poliomieltis. Para dar a conocer su método impartió numerosas conferencias por todo el país, como las que tuvieron lugar en diferentes sedes de la prestigiosa American Medical Association, pero a pesar de todos sus esfuerzos, el colectivo médico se le seguía resistiendo. Por fin, los Drs. John Pohl, Miland Knapp, and Wallace Cole, comenzaron a creer y mostrar interés en su método invitándola a quedarse en Minneapolis para realizar un estudio y análisis más profundo del mismo. Años más tarde, ambos doctores publicarían en la revista, Journal of the American Medical Association los beneficios que habían observado en los pacientes a los que se les aplicó el método Kenny. En 1941 la National Foundation for Infantile Paralysis y la American Medical Association recomendarían públicamente el método Kenny frente a los tratamientos ortodoxos que aplicaba la medicina.

Kenny, que ya contaba con la aprobación del colectivo médico, prosiguió su interés en impulsar y dar a conocer su método, mientras aumentaban las investigaciones científicas para validar los conceptos propuestos por ella de espasmo, incoordinación muscular y enajenación mental. A la par surgirían otros estudios que cuestionarían a Kenny acusándola de falsificar los resultados obtenidos de su trabajo asegurando que las comparaciones entre los pacientes que recuperaban su movilidad, frente quienes les quedaban secuelas, no eran válidas, ya que los resultados dependían de la virulencia de la enfermedad.

En 1943 se constituiría el Instituto Elizabeth Kenny en Minneapolis (Minnesota), que sería pionero en la utilización de su método y

en la rehabilitación muscular, con la intención además de formar nuevos profesionales que siguieran sus pasos en el tratamiento de la Parálisis Infantil. En la actualidad, se caracteriza por ser uno de los Centros más progresistas e innovadores en el campo de la Rehabilitación.

La publicación del libro escrito por el ortopedista Dr. Pohl con la colaboración de Kenny, y la de sus Memorias en 1943, junto con Martha Ostenson, contribuirían al afianzamiento de su método. A esto hay que añadir el rodaje de una película autobiográfica en 1946, "Sister Kenny", conocida también bajo el título de "Amor sublime", en la que la actriz Rosalind Russell, íntima amiga de Kenny, conseguiría realizar un magnífico papel que la valdría el Globo de Oro y la nominación para los Oscar. Todo ello, aumentaría su popularidad llegando a ser la mujer más admirada de EEUU después de Eleanor Roosevelt.

A pesar del éxito, la controversia seguía latente, fundamentalmente por el carácter de Kenny, con una personalidad fuerte y con una determinación a veces exagerada, lo que la generó numerosos comentarios, como el de una enfermera que había observado su trabajo y expondría su mala educación y su ego excesivo, algo que sin duda no la favorecía en su relación con los médicos.

En 1950, decide regresar a su país, Australia, y un año después contraería la enfermedad de Parkinson, falleciendo el 30 de noviembre de 1952 tras sufrir un accidente cerebro-vascular.

CONCLUSIONES

Es indudable el gran papel desempeñado por Elizabeth Kenny, considerada como una excelente clínica y dotada con las habilidades de una experta observadora, cualidades imprescindibles en una buena enfermera y que ya

habían sido remarcadas por Florence Nightingale.

Nunca tuvo miedo a mostrar sus opiniones de manera abierta e independiente, lo que sin duda la granjearía muchos conflictos con el colectivo médico acostumbrado a imponer su criterio y dejar claro a las enfermeras que ellas estaban bajo su mando.

En un Obituario publicado en la British Medical Journal de 1952, se recogía:

"Si se hubiese contentado con hablar sobre el tratamiento sin embarcarse en especulaciones sobre la patología, y ella hubiera sido un poco más amable y tolerante ella podría haber sido considerada como la Florence Nightingale de Ortopedia o al menos, de aquella parte relativa a la Poliomiélitis." (Seddon, 1952)

Esta mujer combativa no toleraba muy bien las opiniones diferentes a la suya pero mostraba a la vez, una gran compasión, volcándose en el cuidado de sus niños, transmitiéndoles alegría y haciéndoles partícipes de su cuidado.

¿Cuántas enfermeras más habrán contribuido a la mejorar la salud de la humanidad?, los ejemplos de Mary Seacole y Elizabeth Kenny, son una clara muestra de las dificultades de la Enfermería para hacerse visible. El reto de quienes nos dedicamos a la Historia de la Enfermería, es rescatar del anonimato a todas aquellas enfermeras que por su propia condición, no han recibido la importancia que se merecían.

El ejemplo de Kenny debe servirnos para reflexionar sobre nuestra propia actividad en la actualidad, y ser conscientes de la importancia del papel de la Enfermería en la sociedad, con determinación, y seguridad, luchando por aquello en lo que creemos, aún cuando sigamos encontrando barreras que impiden el desarrollo efectivo de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila, A.M. (2000) El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969). Tesis Doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Hidrología Médica. 246-366.
- Ferren, K. (2001) Trumpets of Attack: Collaborative Efforts Between Nursing and Philanthropies to Care for the Child Crippled with Polio 1930 to 1959. Public Health Nursing. 18 (4), 253-261.
- Godden, J. (2008) Hospitals. Sydney Journal 1 (2), 1-10. Disponible en: <http://epress.lib.uts.edu.au/ojs/index.php/sydneyjournal/index>
- Godden, J.; Helmstadter (2009) Conflict and costs when reforming nursing: the introduction of Nightingale nursing in Australia and Canada. Journal of Clinical Nursing 18, 2692-2699.
- Kenny, E. (1943) Kenny Treatment of Poliomyelitis. British Medical Journal 15 May, 615-616.
- MacKenzie, J. (2002) The Saskatchewan Response to Poliomyelitis. Prepared for Winning the Prairie Gamble Saskatchewan Western Development Museum.
- Paul J.R. (1956) Epidemiología de la Poliomiélitis. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 521-536.
- Riedesel, S. (1997) Sister Elizabeth Kenny, an Australian nurse and treatment of poliomyelitis victims. [versión electrónica] Journal of Nursing Scholarship 29(1), 83-87.
- Seddon, H.J. (1952) Sister Kenny. Obituary. British Medical Journal 6 Dec, 1262-1263.
- Sedonn, H.J. (1952) Sister Kenny. British Medical Journal 12 Abril, 802-803.
- Suiza. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). 63ª Asamblea Mundial de la Salud. Poliomiélitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación. Ginebra. Documento A63/27. 2-6.
- Toledo, J.V. (2008) La aportación de Elizabeth Kenny y su influencia en el tratamiento físico de la poliomiélitis en España (1900-1970). La experiencia de enfermar en perspectiva histórica: Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina XIV. 453-457.



La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas

The obstetric family tradition at the Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, the daughter of Juan de Navas

A tradição obstétrica familiar no Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, filha de Juan de Navas

María Dolores Ruiz-Berdún²

¹ *Matrona, Diplomada en Estudios Avanzados en Historia de la Ciencia por la Universidad de Alcalá, profesora de la Unidad Docente de Matronas de Madrid, profesora colaboradora de la EUE Cruz Roja de Madrid*

Cómo citar este artículo en edición digital: Ruiz Berdun, M^a. D. (2012) La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.09>

Correspondencia: C/ García Morato nº 48. 28805 Alcalá de Henares (Madrid). ruizberdun@gmail.com (605-66-88-07)

Recibido: 06/12/2011 - Aceptado: 11/02/2012



ABSTRACT

This article basically, studied the documentation which is preserved in the archive of the Universidad Complutense de Madrid and the Archivo Histórico Nacional concerning to the family Navas. Juan de Navas was an eminent surgeon of end of century XVIII, author of *Elementos del arte de partear*, ending his professional career as Vice - Director of the Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. In this centre, a few years later, his daughter Concepción de Navas studied midwifery. This research delves into the figure of these two health professionals

and shows the harsh conditions of life for the professional practice existing in Madrid in the 18th and 19th centuries.

Keywords: midwives, education, Colegio de Cirugía de San Carlos, Juan de Navas, Concepción de Navas.

RESUMO

Este artigo basicamente, estudos a documentação que é preservada no arquivo da Universidad Complutense de Madrid e a Archivo Histórico Nacional relacionados com o família Navas. Juan de Navas foi um eminente cirurgião do final do século XVIII, autor do libro *Elementos del arte de partear*, terminou a sua carreira profissional como Vice-Director do Real Colegio de Cirugía de San Carlos, centro que, anos mais tarde, sua filha Concepción de Navas estudou da parteira. Com esta pesquisa se aprofunda na figura desses dois profissionais de saúde e delineando as duras condições de vida para a prática profissional existente em Madrid nos séculos XVIII e XIX.

Palabras-chave: parteiras, formação, Colegio de Cirugía de San Carlos, Juan de Navas, Concepción de Navas.

RESUMEN

En el presente artículo se estudia, básicamente, la documentación que se conserva en el Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid y en el Archivo Histórico Nacional relativa a la familia Navas. Juan de Navas fue un eminente cirujano de finales del siglo XVIII, autor de unos Elementos del arte de partear, que terminó su carrera profesional siendo vice-director del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid, centro en el que, años más tarde, su hija Concepción de Navas realizó los estudios de matrona. Con la presente investigación se profundiza en la figura de estos dos profesionales sanitarios y se exponen las duras condiciones de vida que para el ejercicio profesional existían en Madrid en los siglos XVIII y XIX.

Palabras clave: matronas, formación, Colegio de Cirugía de San Carlos, Juan de Navas, Concepción de Navas.

INTRODUCCIÓN

El Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid inició su andadura como formador de cirujanos civiles el uno de octubre de 1787 (Usandizaga, 1948). Entre los ocho profesores designados inicialmente para ocupar las Cátedras del Colegio se encontraba Juan de Navas (Aparicio, 1956).

Juan de Navas Ramos era natural de Archidona (Málaga), y debió nacer antes de 1749, ingresando en el Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz en 1765, donde posteriormente fue profesor (Herrera, 1989).

El 19 de abril de 1790 se inauguró la Cátedra de Partos en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid (Burke, 1977). Según se recogía en la Ordenanzas del Colegio de 1787, dentro de las funciones del catedrático se encontraba el formar a todas aquellas mujeres que quisieran aprender el «arte de partear». A esta enseñanza, que debía hacerse en una de las salas del Colegio «a puertas cerradas», sólo podían concurrir aquellas mujeres que fuesen casadas, circunstancia que debía ser acreditada con un certificado de matrimonio. También debían adjuntar una autorización del marido para poder asistir a instruirse como futuras matronas. El Catedrático de partos en 1790 era Agustín Ginesta, que había ganado la plaza tras quedar vacante por la muerte de Jaime Respau el 31 de julio de 1788 (Aparicio, 1956).

La enseñanza de las matronas en los Colegios de Cirugía, supuso a la larga la pérdida de su autonomía profesional debido al proceso de relegamiento científico y de sumisión a las que fueron sometidas (Ortiz, 1996).

ELEMENTOS DEL ARTE DE PARTEAR

Juan de Navas nunca dirigió la Cátedra de Partos, sino que desde un principio se encargó de la Cátedra de Materia Médica y Fórmulas. Sin embargo, debía poseer amplios conocimientos de obstetricia como lo demuestra el hecho de que en 1795 publicó una obra titulada Elementos del arte de partear. En aquellos momentos los cirujanos no se dedicaban en exclusiva a una especialidad concreta, y la obstetricia no era más que una parte de la cirugía. El mismo Juan de Navas se quejaba en su libro del atraso y la notable decadencia en que se encontraba el arte de partear entre los cirujanos españoles. Achacaba el mayor prestigio de aquellos hombres que practicaban el «arte de partear» en los países donde la obstetricia

estaba más avanzada, al hecho de que estos se dedicasen en exclusiva a atender partos, a diferencia de los cirujanos españoles «que abrazan al mismo tiempo el vasto campo de la Cirugía» (Navas, 1795).

El objetivo de la obra obstétrica de Juan de Navas era contribuir a paliar la escasez de libros dedicados al «arte de partear» escritos en castellano que sirviesen para instruir a las «comadres». El libro estaba dividido en dos partes, la primera de las cuales, según el propio autor, era la que estaba destinada a las matronas.

LA MUERTE DE JUAN DE NAVAS

El sueldo que cobraba Juan de Navas, como catedrático, era de dieciocho mil reales de vellón anuales. Al acceder al cargo de vicedirector del Colegio, a finales de marzo de 1798, le fueron concedidos los honores y el sueldo de cirujano de cámara, que ascendía a veinticuatro mil reales de vellón anuales. Sin embargo, no pudo disfrutar demasiado tiempo de dicho aumento de sueldo, porque falleció en la ciudad de Trillo, provincia de Guadalajara, la madrugada del 6 de agosto de 1798 (imagen 1) [1]. Posiblemente Juan de Navas había acudido a Trillo a «tomar las aguas» para recuperarse de alguna dolencia, ya que el balneario disfrutaba de un gran prestigio entre los médicos de la Corte.

A su muerte dejó vacante la Cátedra de Materia Médica y el puesto de vicedirector del Colegio. Manuel Bonafos le sustituyó al frente de la Cátedra de Materia Médica, y Ramón Sarraís fue su sucesor en el puesto de vicedirector del Real Colegio de Cirugía de San Carlos.

Al morir el cabeza de familia, es de suponer que la situación del resto de los miembros empeorase bastante ya que por entonces no eran usuales las pensiones de viudedad u orfandad.

Para ayudar a sus deudos económicamente, la Junta Superior Gubernativa compró a la viuda los apuntes que iban a conformar un libro destinado a su uso en la asignatura de Materia Médica. También revisó la traducción que acababa de completar Juan de Navas, antes de su muerte, de la obra *A System of Surgery*, del cirujano escocés Benjamín Bell, para que pudiese publicarla, cosa que al parecer no sucedió (imagen 2). Sin embargo, el mismo año de la muerte de Juan de Navas, Santiago García, Académico de número de la Real Academia de Medicina de Madrid y médico de la Real Inclusa, publicó la traducción de ese mismo libro (imagen 3).

Unos meses después de la muerte de Juan de Navas, se aprobó el Reglamento que establecía un Montepío a favor de las viudas, huérfanos y madres de los cirujanos del ejército y de los catedráticos de los Reales Colegios de Cirugía. Posiblemente, el estado de precariedad económica en que había quedado la familia del antiguo vicedirector del Real Colegio de Cirugía de San Carlos alertó al resto de catedráticos, que no quisieron que sus familias sufriesen una situación similar (imagen 4).

CONCEPCIÓN DE NAVAS FERIA

En noviembre de 1817, con 42 años de edad, Concepción de Navas, hija del «vicedirector que fue» del Real Colegio de Cirugía de San Carlos, solicitó ser admitida en este «para instruirse en el curso de matronas que en él se explica», presentando su instancia en papel timbrado especial para pobres de solemnidad, con un precio de 4 maravedíes. Su marido, Ignacio Dubá, con el que se había casado en Madrid el 11 de mayo de 1803, le firmó la correspondiente autorización que prescribían las Ordenanzas del Real Colegio de Cirugía de San Carlos. El resto de documentos estaba

formado por su partida de nacimiento y su certificado de matrimonio. Sin embargo solicitaba le fuese dispensada la presentación de los documentos correspondientes a la limpieza de sangre, basándose en que su hermano Juan José de Navas Feria, los había sacado previamente cuando solicitó ingresar en el ejército. Concepción de Navas argumentaba tener que conseguir dicha documentación le sería muy gravoso, empeorando aún más su situación de pobreza, y solicitaba que ya que era de familia conocida le fuera dispensado tal requisito [2].

En su partida de nacimiento consta que Concepción de Navas Feria había nacido el 8 de diciembre de 1774 en Cádiz, y fue bautizada cuatro días más tarde en la Iglesia parroquial castrense del Real Hospital de la Marina. Su madre se llamaba Josefa de Feria Vallejo y era natural de la ciudad de San Lúcar de Barrameda (Cádiz), y su padrino fue José Francisco Sáenz de Santa María. Gracias a los datos obtenidos de esta partida de nacimiento y del certificado de matrimonio, hemos podido completar un pequeño árbol genealógico de la familia (ver imagen 4) [3].

A pesar de no haber completado el tiempo requerido para terminar sus estudios, tras haber «ganado un año literario» Concepción de Navas solicitó poder presentarse a examen para obtener el título de matrona. Dado que había acreditado la práctica particular con un profesor, se aceptó su solicitud mediante una Real Orden de 22 de agosto de 1818 (imagen 6) [4]. Sin embargo, unos años antes, concretamente en 1803, a una antigua alumna del Colegio llamada Rita Sánchez de la Mata Moreda que había solicitado exactamente lo mismo, le fue denegada su petición [5].

Hemos de suponer que, una vez aprobada como matrona, Concepción de Navas, al igual que el resto de las matronas aprobadas por el

Real Colegio de Cirugía de San Carlos, se incorporaría al ejercicio de una profesión bajo unas condiciones muy difíciles, especialmente para aquellas que ejercían dentro de la ciudad de Madrid, caracterizada por los bajos sueldos, las penosas condiciones laborales y dura competencia con los cirujanos de la Corte. Para ilustrar este hecho podemos poner el ejemplo de Juana Pérez Ahumada, matrona examinada y aprobada por tres votos en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid el 2 de junio de 1830. Juana estaba casada con José Espadín, era de estatura cumplida, tono de piel moreno, ojos y cabello negro y nariz ancha según se recoge en su expediente [6]. Tan solo un año después de obtener su título se desplazó a ejercer a la provincia de Sevilla, donde en su solicitud presentada en el Ayuntamiento para poder ejercer el «arte de la obstetricia», expuso que había tenido que marcharse de la Corte porque allí los cirujanos copaban todo el mercado relacionado con la asistencia al parto (Valle Racero, 1994) [7].

EPÍLOGO

¿Tendría Concepción de Navas las manos delgadas, los dedos largos y el tacto fino y delicado? ¿Sería perspicaz, ágil y tendría una buena presencia? Todas estas condiciones, además de contar con una buena educación y adecuada conducta cristiana, eran las condiciones necesarias que consideraba su padre que debían tener aquellas personas que se dedicasen a ayudar a las mujeres en el momento del parto (Navas, 1795). Y por último nos preguntamos qué habría opinado Juan de Navas, de haber vivido para verlo, sobre que su hija hubiese continuado con la tradición obstétrica familiar, especialmente si tenemos en cuenta la pobre consideración de que disfrutaban las matronas entre los cirujanos en aquella época.

NOTAS

- [1]- La documentación relativa a Juan de Navas se encuentra en: Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid, AH-0429
- [2]- Los datos expuestos se han obtenido de su expediente de alumna en el Colegio de Cirugía de San Carlos, Archivo Histórico Nacional, leg. 1233, exp. 5.
- [3]- Hemos localizado en fuentes hemerográficas a un posible hijo de la pareja formada por Ignacio Dubá y Concepción de Navas: se trataría de Miguel Dubá y Navas, nacido en Madrid en 1816 y muerto en Barcelona el 4 de mayo de 1887, escritor y profesor. Pero como no tenemos constatación real de este hecho no le hemos incluido en el árbol genealógico. El árbol genealógico ha sido creado con el software libre disponible en: <http://www.myheritage.es/>
- [4]- Libro copiadador de Reales Órdenes del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos, (14 de enero de 1818- 29 de noviembre de 1829). Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid, D-0586, folio 27.
- [5]- Archivo Histórico Nacional, leg. 1250, exp.4.
- [6]- Archivo Histórico Nacional, leg. 1237, exp.158.
- [7]- La localización de estos documentos realizada por los investigadores Juan Ignacio Valle Racero y Manuel Jesús García Martínez se ha contrastado solicitando copias al Archivo Municipal de Sevilla. Se encuentran localizados en la sección VI, Libro 56-5, signatura H/1430.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio Simón, J. (1956): Historia del Real Colegio de San Carlos de Madrid. Aguilar, (Madrid).
- Burke, M.E. (1977). The Royal College of San Carlos. Surgery and Spanish Medical Reform in the Late Eighteenth Century. Duke University Press. (Durham).
- Herrera Rodríguez, F. (1989). La aportación de Juan de Navas a la formación de las comadronas (1795). Minutos Menarini, 164, 24-27.
- Navas Ramos, J. (1795). Elementos del arte de partear. Imprenta Real. (Madrid).
- Ortiz Gómez, T. (1996). Género y estrategias profesio-

- nales. La formación de las matronas en la España del siglo XVIII. En Ramos Palomo, M.D. y Vera Balanza, M.T. (eds.). El trabajo de las mujeres pasado y presente. Actas del Congreso Internacional del Seminario de Estudios Interdisciplinarios de la mujer. Tomo III. Servicio de publicaciones de la Diputación provincial de Málaga, (Málaga), pp. 229-238.
- Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las Ordenanzas formadas para el gobierno económico escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos. (1787). Imprenta de Pedro Marín, (Madrid).
- Usandizaga, M. (1948). Historia del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (Madrid).
- Valle Racero, J.I. y García Martínez, M.J. (1994) Las matronas en la Historia. Un estudio del siglo XIX. ROL de Enfermería, 187, 61-67.

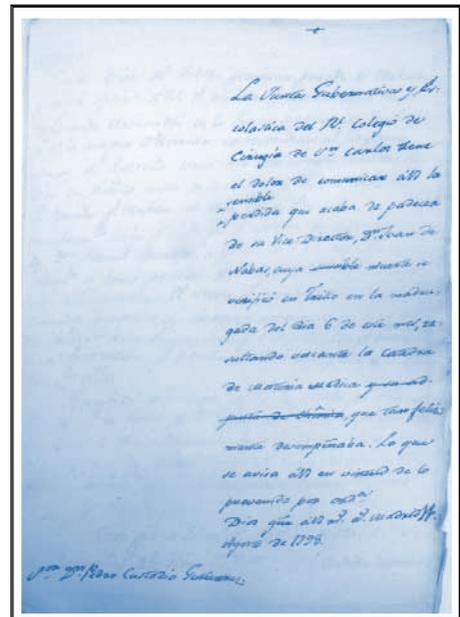


Imagen 1: Comunicación de Pedro Custodio Gutiérrez sobre la muerte de Juan de Navas.

Antropología

La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916-1921)

Mortality child in Alcalá de los Gazules (1916-1921)

Mortalidade infantil em Alcalá de los Gazules (1916-1921)

Pablo Molanes Pérez¹; Ana M^a Sáinz Otero²

¹ Diplomado en Enfermería (Universidad de Cádiz). Máster de Innovación e Investigación en Ciencias de la Salud y estudiante de 4º curso de la Licenciatura de Historia.

² Enfermera. Antropóloga. Doctora en Medicina. Profesora de Bases Teóricas y Metodológicas de los Cuidados de Enfermería y Vicedecana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz.

Cómo citar este artículo en edición digital: Molanes Pérez, P. y Sáinz Otero, A.M^a (2012) La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916-1921). *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.10>

Correspondencia: C/Benito Pérez Galdós nº84 Pº1-A-5. CP. 11002 Cádiz. : pablo.molanesperez@alum.uca.es

Recibido: 24/11/2011 - Aceptado: 25/12/2012



ABSTRACT

The infant mortality is determined by exogenous, socio-economic and environmental factors. The improvement of the food conditions, the educational mother level and the campaigns of vaccination contributed to the decrease of the infant mortality in the 20th century. The aim of this work is to relate the most frequent reasons in-year-old minors to the historical, socio-economic and sanitary context of the epoch.

We have realized a descriptive, longitudinal study of the infant mortality in Alcalá de los Gazules, from the record of death, codified according to the Classification of Reasons of modified and extended Death (CMMA) and Bertillón (CB). The statistical analysis fulfilled with the program SPSS 15.0. The deceased the first year of life supposes 25,47 % (295) of the total of deaths (1158). The pathologies perinatales concentrate 27,2 % (80), followed by the diarrhea and enteritis with 22,8 % (67). Between 1920 and 1921 one produces 57,34 % (82) of the deaths for diarrhea and enteritis in the whole period. The specific mortality for congenital weakness supposes 25,76 % (76) of the deaths. The crisis of subsistence and the insufficient supply they aggravated the infant mortality. The bad conditions of habitability and the accumulation of the population contributed to the high mortality for diarrhea and enteritis.

Key-words: infant mortality, historical demography, Alcalá de los Gazules, Cádiz.

RESUMO

Mortalidade infantil é condicionada por factores exógenos, sócio-económicos e ambientais. Melhorias das condições de alimentação, o nível de educação materna e campanhas de vacinação contribuíram para um declínio na mortalidade infantil no século XX. O objectivo do presente documento é relacionar as mais frequentes causas de morte de um ano com o histórico, sócio-económico e contexto de saúde da época. Fizemos um estudo descritivo, longitudinal da mortalidade infantil em Alcalá de los Gazules, após o registo da morte, codificados de acordo com a classificação das causas de morte modificada e ampliada (CMMA) e Bertillón (CB). Análise estatística foi realizada com o programa SPSS 15.0. Mortos no primeiro ano de vida representam um 25,47% (295) do total de mortes (1158). Patologías perinatales concentradas 27,2 por cento (80), seguida por diarreia e enterite com 22,8 por cento (67). Entre 1920 e 1921 produziu 57,34% (82) das mortes por diarreia e enterite em todo o período. Mortalidade específica de fraqueza congénita é 25,76% (76) das mortes. Crise alimentar e meios de subsistência insuficiente agravada mortalidade infantil. Pobres condições de vida e superlotação da população contribuiu com a elevada taxa de mortalidade de diarreia e enterite.

Palavras-chave: mortalidade infantil, demografía histórica, Alcalá de los Gazules, Cádiz.

RESUMEN

Introducción: La mortalidad infantil se encuentra condicionada por factores exógenos, socio-económicos y ambientales. La mejora de las condiciones alimentarias, el nivel educativo materno y las campañas de vacunación contribuyeron al descenso de la mortali-

dad infantil en el siglo XX. El objetivo de este trabajo es relacionar las causas más frecuentes en menores de un año con el contexto histórico, socio-económico y sanitario de la época.

Hemos realizado un estudio descriptivo, longitudinal de la mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules, a partir del registro de defunción, codificado según la Clasificación de Causas de Muerte modificada y ampliada (CMMA) y Bertillón (CB). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0. Los fallecidos el primer año de vida suponen un 25,47% (295) del total de defunciones (1158). Las patologías perinatales concentran un 27,2% (80), seguida por la diarrea y enteritis con un 22,8% (67). Entre 1920 y 1921 se produce el 57,34% (82) de las muertes por diarrea y enteritis en todo el período. La mortalidad específica por debilidad congénita supone un 25,76% (76) de las muertes. La crisis de subsistencia y la alimentación insuficiente agravaron la mortalidad infantil. Las malas condiciones de habitabilidad y el hacinamiento de la población contribuyeron a la alta mortalidad por diarrea y enteritis.

Palabras clave: Mortalidad Infantil, demografía histórica, Alcalá de los Gazules, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El descenso de la mortalidad en España se empieza a producir a partir de 1890, con posterioridad al resto de Europa. Ésta disminuiría de forma gradual, tan sólo interrumpida por la crisis demográfica de 1918-1919 a causa de la epidemia de gripe y posteriormente durante la Guerra Civil Española y la posguerra. La mortalidad infantil se encuentra especialmente condicionada por factores exógenos, socio-económicos y ambientales. La mejora de las condiciones alimentarias, el nivel educativo

materno y las campañas de vacunación contribuyeron notoriamente al descenso de la mortalidad infantil a lo largo del siglo XX.

Alcalá de los Gazules, situada en la comarca de la Janda contaba en 1920 con 9959 habitantes. Se trataba de un pueblo bastante atrasado con respecto a la provincia, la instalación de luz eléctrica no se produciría hasta 1908 y el teléfono hasta 1929. Las comunicaciones por carretera son deficitarias y el alcantarillado de la ciudad escaso en el período de estudio. El campesinado alcalaíno se encontraba en una precaria situación, como consecuencia de las malas cosechas y la poca superficie cultivada, ya que se trataba de una zona preferentemente ganadera.

Los objetivos de este trabajo son analizar la mortalidad en menores de un año, las causas más frecuentes y ponerlo en relación con el contexto histórico, socio-económico y sanitario de la época, así como analizar qué medidas se llevaron a cabo y su impacto.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos llevado a cabo un estudio descriptivo, longitudinal de la mortalidad en el municipio de Alcalá de los Gazules a partir de los libros de defunciones del Registro Civil de Alcalá de los Gazules, fallecidos entre el 1 de enero de 1916 y el 31 de diciembre de 1921. De los 1158 decesos registrados en el período se ha seleccionado tan solo los fallecidos menores de un año (295), codificados según la Clasificación de Causas de Muerte modificada y ampliada (CMMA) y la Clasificación de Bertillón (CB). El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Los fallecidos el primer año de vida suponen un 25,47% (295) del total de defunciones

(1158), con un porcentaje más elevado en comparación con la capital o el resto del país. La distribución de los fallecidos menores de un año (294) es irregular. El 27,9% (82) de las muertes tiene lugar en los primeros 30 días de vida (neonatal). La frecuencia más alta de fallecidos la tenemos a los 90 días con el 10,9% (32). La edad media de la muerte para los menores de un año durante el período estudiado es de 117,44 días.

El porcentaje de fallecidos durante los 3 primeros meses de vida llega al 54,1% (159) de los menores de un año para el período estudiado y éste asciende hasta el 75,5% (222) si se amplía hasta los 6 primeros meses de vida. La mortalidad disminuye a partir de los 6 meses de forma progresiva hasta el año.

La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules para los años 1917 y 1921 presenta tasas muy superiores a la media para todo el período (1916-1921). Es de resaltar que el año con menor número de fallecidos menores de un año es el de 1919 (32), que sin embargo coincide a su vez con el año con menor número de nacimientos (206) de todo el período estudiado (1471).

Las cinco principales causas de muerte entre los menores de un año, según la CMMA (ver tabla 1) son en primer lugar las patologías perinatales (cod. 2.12.0.0) con un 27,2% (80), seguida por la diarrea y enteritis (cod. 1.1.2.0) con un 22,8% (67); a continuación los fallecidos por atrepsia (cod. 2.15.1.0), con el 11,9% (35); después tendríamos las infecciones del aparato respiratorio (cod. 1.2.2.0), con un 9,5% (28) y por último los vicios de conformación, con un 7,8% (23). En total, las cinco primeras causas de muerte suman un 79,2% (233) de las muertes en menores de un año sucedidas entre enero de 1916 y diciembre de 1921.

Tabla 1: Expresiones diagnósticas más frecuentes para menores de un año según la CMMA. Alcalá de los Gazules (1916-1921).

CAUSAS DE MUERTE (CMMA)	Frecuencia	Porcentaje	
Diarrea y enteritis	1;1;2;0	67	22,8
Infecciones del aparato respiratorio	1;2;2;0	28	9,5
Patologías perinatales	2;12;0;0	80	27,2
Vicios de conformación	2;13;0;0	23	7,8
Atrepsia	2;15;1;0	35	11,9
Total		233	79,2

Fuente: Registro Civil de Alcalá de los Gazules. Elaboración propia, 2011

De las cinco expresiones diagnósticas de fallecidos más frecuentes para menores de un año hemos analizado la evolución mensual de la diarrea y enteritis (cod. 1.1.2.0), infecciones del aparato respiratorio (cod. 1.2.2.0) y las patologías perinatales (cod.2.12.0.0).

Podemos observar un patrón estacional en los fallecidos por diarrea y enteritis, siendo más frecuente que falleciesen en periodos estivales que durante el resto del año. Así mismo podemos comprobar que las infecciones del aparato respiratorio presentan frecuencias de 0 o 1 durante todo el período salvo en momentos puntuales como en mayo de 1917, cuando se dan 4 fallecidos o entre marzo y mayo de 1921, cuando se dan 8 fallecidos. Para el caso de los fallecidos menores de un año por patologías perinatales comprobamos que hasta noviembre de 1917 presentan unos valores superiores al período que le sigue, entre diciembre de 1917 y septiembre de 1919. A partir de octubre de 1919 vemos como esta tendencia se invierte y el número de fallecidos por patologías perinatales aumenta de nuevo hasta el final del período estudiado.

La mortalidad específica por “debilidad congénita” (cod. 15.158) para los años estudiados supone un 25,76% (76) de las muertes sucedidas a menores de un año. Para el caso del

“raquitismo” (cod. 3.63) esta supone un 2,71% (8) de los fallecidos menores de un año.

Si analizamos las defunciones producidas por Debilidad Congénita en menores de un año mediante la Tasa de Mortalidad Proporcional, podemos observar el gran peso que ésta tiene sobre los fallecidos menores de un año en 1916 (26,67%), 1917 (36,83%) y 1918 (26,83%). La Tasa de Mortalidad Proporcional por Debilidad Congénita para el año 1921 es baja (23,08%) si la comparamos con el número de fallecidos por esta causa (15). Esta tasa tan baja se debe al brote epidémico de diarreas y enteritis, que elevaron el número de fallecidos menores de un año en 1920 y 1921.

DISCUSIÓN

Según Dopico el estado de desarrollo en sanidad e higiene pública, los cuidados maternos y la alimentación infantil se encuentran estrechamente vinculados a la aparición de enfermedades infecciosas del aparato digestivo. Este vínculo entre la higiene y alimentación con la mortalidad infantil ya fue apuntado por Marcelino Pascua en los años treinta, incidiendo en que el número de muertes por diarrea y enteritis, lejos de descender, se mantiene y aumenta en momentos determinados. El enorme peso de la diarrea y enteritis sobre la mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules, sobre todo para los años 1920 y 1921 hace plantearnos cuáles fueron los factores que incidieron para que aumentara los óbitos por esta causa. Que la diarrea y enteritis fuera la primera causa de muerte infantil en Alcalá de los Gazules coincide con los datos aportados por E. Bernal y M^aC. Lopez de Manzanara para la ciudad de Sevilla, atribuyendo esta última autora la principal causa a la falta de higiene, así como



una mayor vulnerabilidad a las clases sociales más desfavorecidas. La conducción de agua de los Rejales a Alcalá de los Gazules, mediante tuberías de hierro realizada por Don Pedro Montes de Oca y Atienza el año 1877 contribuyó a la llegada del agua corriente a las casas de la población mejorando cualitativamente las condiciones higiénicas de la misma, pese a que como ya hemos referido la falta de alcantarillado sería una deficiencia que no sería subsanada hasta bien avanzado el siglo XX. Así mismo las carencias sanitarias que padece la provincia, agudizada por la crisis económica, quedaban atestiguadas en la prensa gracias a la denuncia del Dr. Urtubey, director del Laboratorio Municipal de Cádiz ante la falta de medios para realizar los análisis bacteriológicos de aguas potables.

Las infecciones del aparato respiratorio es otra de las causas más importantes de muerte en menores de un año. Esto puede deberse a la dificultad para su diagnóstico y diferenciación por su relación con otros procesos morbosos, los estigmas sociales a determinadas enfermedades y las modas diagnósticas. Según R. Gómez la incidencia de estas infecciones se debe a las malas condiciones de habitabilidad y al hacinamiento de la población dándose con mayor fuerza en las ciudades. En el caso de Alcalá de los Gazules su trazado sinuoso, heredado de su pasado árabe, y la densidad de población, al

rozar casi los 10.000 habitantes, contribuye al hacinamiento de la población. Jose María de Puelles deja testimonio de la situación de la población a principios del siglo XX:

“La higiene en esta población no es la mejor todavía que con un vecindario algo denso, carece de alcantarillado en la mayoría de sus calles; estas son angostas y tortuosas; las plazas pocas y pequeñas; las casas bajas; chicas y las más sin patio, con gran parte de sus habitaciones bajo de tierra y hacinados vecinos y animales...”

La atrepsia, otra de las causas de muerte más frecuentes en menores de un año se consideraba en el siglo XIX como una forma de desnutrición. Resulta interesante analizar la mortalidad en menores de un año producida por atrepsia, enfermedades carenciales y debilidad congénita, ya que éstas pudieron verse agravadas por la crisis de subsistencia y la grave situación alimentaria que sufrió la población a causa de la inflación del precio de los alimentos. La alimentación, *“crónicamente insuficiente”* como la define Rodrigo Lavín, la crisis de subsistencias, el empeoramiento de las condiciones económicas y la epidemia de diarrea y enteritis contribuyeron a elevar la mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules durante el período señalado. La alta tasa de mortalidad infantil para los años 1917 y 1921, muy superior al resto de los años del período estudiado, se debe, en parte, al mayor número de nacimientos en 1916 (264) y 1920 (285).

La prensa recogió en sus artículos el problema de la falta de subsistencias. El Gobernador Civil calculó el déficit de trigo en la provincia en 30.000 toneladas para el año 1919, decidiendo importarlo de Argentina. El Inspector Provincial de Sanidad, Leonardo Rodrigo Lavín atribuyó la alta tasa de mortalidad en la provincia a los niños, como víctimas propiciatorias. En una de sus Cartas Chinas dice:

“Quien más, quien menos, muchos sufren aquí las consecuencias del crepúsculo alimenticio que presenciamos; pero he aquí que aparecen las primeras víctimas. Y es duro, es injusto que sean los primeros en sufrirlo esos nuevos seres, muertos de hambre antes de venir al mundo, y esas pobres madres que asisten a la ruina de lo que llevan en su seno y a la suya propia.”

La medida propuesta por la Junta Local de Sanidad para mejorar la situación sanitaria de Alcalá de los Gazules incluyó la higienización, mediante enclamiento, de los pozos públicos, medida esta que no tuvo gran impacto beneficioso sobre la población ya que como vemos en 1920-1921 se intensificaron las defunciones producidas por diarrea y enteritis. De la misma forma la Junta Provincial de Sanidad dio la alarma en la sesión del 10 de octubre de 1918 sobre el recrudecimiento de la endemia de Viruela e impone intensificar la campaña de vacunación. Creemos que esta medida pudo tener un impacto positivo ya que tan solo documentamos 7 defunciones por Viruela en todo el período, concentradas entre diciembre de 1918 y abril de 1919, siendo frenada las defunciones por esta causa, al menos en lo que respecta a la población estudiada.

CONCLUSIONES

1. La mortalidad infantil presenta en el período estudiado una tendencia ascendente con dos picos máximos en 1917 y 1921, siendo necesario analizar una serie temporal más amplia para contextualizar la evolución.

2. Existe un predominio de patologías perinatales o debilidad congénita, correlacionable con la crisis de subsistencia.

3. Encontramos una concentración de las muertes por diarrea y enteritis en los años 1920-1921.

4. Las medidas sanitarias llevadas a cabo fueron insuficientes para paliar la situación, salvo la campaña de vacunación antivariólica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal,E. (1992). La muerte en la Sevilla de la Restauración (1875-1924): Análisis epidemiológico y semántico-documental [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla
- Dópico,F. (1985). Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1900-1950). Crisis, Autonomías y Desarrollo Regional, I, 369
- Dópico,F.; Reher,D.(1998). El declive de la mortalidad en España, 1860-1930. Asociación de Demografía Histórica. Monografía 1, 11-30
- Echeverri,B.(1983). La mortalidad en España 1900-1936. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 79-86
- García,G. (1997). Lamento campesino. Un siglo crucial en la historia de Alcalá de los Gazules (1860-1960). Publicaciones del Sur, Cádiz
- Gómez,R. (1992). La mortalidad infantil española en el siglo XX. Siglo XXI, Madrid, 69-79.
- Herrera,F. (2007). La obra sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1950). Diputación de Cádiz, Cádiz
- Herrera,F.; Gutierrez,M. (2007). El colorante de Antonio Urtubey para la identificación de las células de la sangre (1906). Medicina Gaditana 60,48-50.
- Molanes,P.;Sáinz,A.M.; Herrera,F.(2011). Apunte biográfico sobre el médico José María de Puelles y Centeno (1853-1927). En Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. (Ciudad Real 15-18 de junio de 2011), Sociedad Española de Historia de la Medicina, Ciudad Real pp.485-490
- Pascua,M. (1934). La mortalidad infantil en España. Departamento de Estadística Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, Madrid, 34
- Sáinz,A.M. (2008). La Mortalidad en Cádiz (1923-1939). [Tesis Doctoral]. Servicio de Publicaciones de la UCA, Cádiz

El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII. Fuentes documentales para su estudio¹

The Office of a midwife from the 15th to the 18th centuries.
Documentary sources for study

O Office de uma parteira do século XV ao século XVIII.
Fontes documentais para estudo

Manuel Jesús García Martínez

Enfermero y Matrona. Dr. en Antropología Social y Cultural. Prof. Asociado. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Cómo citar este artículo en edición digital: García Martínez, M.J. (2012) El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII. Fuentes documentales para su estudio. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.11>

Correspondencia: Manuel Jesús García Martínez. C/ Bailén, n.º 88. 41500 – Alcalá de Guadaíra (Sevilla). Email: mjgm10@arrakis.es (teléf:955681490 / 619902546)

Recibido: 21/11/2011 - Aceptado: 13/02/2012



ABSTRACT

The midwife has traditionally been developing his practice over the centuries in the field of reproductive health of women developing care, teaching, expertise, religious functions and as an adviser in this matter. Despite being an occupation or trade as old as humanity itself, as recorded is in countless testimonies written and iconographic, are relatively rare research work carried out on this profession in late medieval and early modern age. We in-

tend as a central objective of this paper show and analyze some documentary sources dated between the 15th and 18th centuries that provide a rich information about the daily work of these professionals, since its formation until the tasks that were usually: meet delivery, care during pregnancy and puerperium, give advice to women in all matters relating to their sexuality, even engaged in practices not legal as it was the practice of abortion, all of which made him a frequent object of suspicion by the Court of the Holy Office of the Inquisition. are three sources that are analysed: a public letter from birth, a pastoral visit, specifically made to the Sevillian town of Mairena del Alcor, and a process or auto de Fé against a Mexican midwife.

Key words: midwife; documentary sources; visit pastoral; Auto de Fé; public letter of childbirth.

¹ Texto de la ponencia expuesta por el autor en la Mesa Redonda titulada: "Historia y Cultura de los Cuidados", dentro del III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, XII Congreso Nacional y VII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería y VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, organizados por la Universidad de Alicante durante los días 24-26 de noviembre de 2011.

RESUMO

A parteira tradicionalmente vem desenvolvendo sua prática ao longo dos séculos no campo da saúde reprodutiva das mulheres, desenvolvimento de cuidados, ensino, especialização, funções religiosas e como um conselheiro nesta matéria. Apesar de ser uma ocupação ou comércio tão velho quanto a humanidade propriamente dito, como registrado é em inúmeros testemunhos escritos e iconográficos, são trabalhos de investigação relativamente rara efectuados sobre esta profissão na idade moderna medieval e início tardia. Temos a intenção como um objetivo central deste show de papel e analizar algunas fontes documentais datados entre os séculos XV e XVIII que fornecem una rica información sobre o trabalho diário destes profissionais, desde a sua formação até as tarefas que eram generalmente: atender a entrega, cuidados durante a gravidez e puerpério, aconselhar as mulheres em todas as questões relacionadas com a sua sexualidade, ainda envolvidos em prácticas não é legais como era a prática do aborto, tudo o que fez de un objeto frecuente de sospeita pelo Tribunal do Santo Oficio da Inquisição. são três fontes que são analizadas: una carta pública de luz, una visita pastoral, feita especificamente para o sevilhano cidade de Mairena del Alcor e un proceso ou auto-de-Fé contra una parteira mexicana.

Palavras-chave: parteira; fontes documentais; visita pastoral; Auto-de-Fé; carta pública do parto.

RESUMEN

La partera tradicionalmente ha venido desarrollando su ejercicio profesional a lo largo de los siglos en el campo de la salud reproductiva de la mujer desarrollando las funcio-

nes asistencial, docente, de peritaje, religiosa y como asesora en dicha materia. A pesar de ser una ocupación u oficio tan antiguo como la humanidad misma, como queda constancia en innumerables testimonios escritos e iconográficos, son relativamente escasos los trabajos de investigación llevados a cabo sobre esta profesión a finales de la Edad Media y principios de la Edad Moderna.

Nos proponemos como objetivo central del presente trabajo mostrar y analizar algunas fuentes documentales fechadas entre los siglos XV y XVIII que aportan una rica información sobre el trabajo diario de estas profesionales, desde su formación hasta las tareas que realizaban habitualmente: atender el parto, prestar cuidados durante el embarazo y puerperio, aconsejar a la mujer en todo lo relativo a su sexualidad, incluso llevando a cabo prácticas no legales como era la práctica del aborto, todo lo cual le hacían con frecuencia objeto de sospecha por parte del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición.

Son tres las fuentes que se analizan: una carta pública de parto, una visita pastoral, concretamente la efectuada a la localidad sevillana de Mairena del Alcor, y un proceso o auto de fe contra una partera mexicana.

Palabras clave: partera; fuentes documentales; visita pastoral; auto de fe; carta pública de parto.

INTRODUCCIÓN

El hecho del cuidar, de administrar cuidados se remonta al origen de los tiempos. Si se trata del hecho del nacimiento y las personas que lo llevaban a cabo, mujeres tradicionalmente, las matronas o parteras, son abundantes los testimonios conservados que lo atestiguan, recogidos en las fuentes documentales,

escritas e iconográficas, o de cualquier otra índole, conservadas en archivos, bibliotecas, museos y otras instituciones.

La partera tradicionalmente ha venido desarrollando su ejercicio profesional a lo largo de los siglos en el campo de la salud reproductiva de la mujer desarrollando funciones asistencial, atendiendo el embarazo, parto y puerperio; docente, formando a otras parteras; de peritaje, interviniendo en procesos judiciales dando fe pública de su trabajo; religiosa, administrando el llamado “bautismo de urgencia” en aquellos casos en que se preveía una muerte inminente del recién nacido o del nonato, y, por último, la función de consejera o asesora en materia sexual u obstétrico-ginecológica.

A pesar de ser una ocupación u oficio tan antiguo como la humanidad misma, como queda constancia documental, son relativamente escasos los trabajos de investigación llevados a cabo sobre esta profesión y las profesionales que la ejercen a finales de la Edad Media y durante la Edad Moderna, en comparación con los que vienen realizándose en el campo de la historia del cuidado enfermero en general.

Nos proponemos como objetivo central del presente trabajo mostrar y analizar algunas fuentes documentales fechadas entre los siglos XV y XVIII que aportan un rica información sobre el trabajo diario de estas profesionales, las parteras, permitiéndonos conocer su formación, estatus social y económico, las funciones y tareas que desarrollaban habitualmente, en definitiva el contexto socioprofesional en donde se desenvolvía. Todas estas fuentes documentales tienen en común una protagonista: la partera.

MATERIAL Y MÉTODO

Se exponen y analizan tres documentos de distinta índole, localizados en diversos archi-

vos de la geografía nacional, fechados en los siglos XV, XVII y XVIII: un auto o proceso de fe seguido contra la partera Petrona de Fuentes en México, año de 1709; una carta pública de parto, solicitada por Isabel de la Cavallería en Zaragoza en 1490 y una visita pastoral realizada a la localidad de Mairena del Alcor (Sevilla) en 1694, en la que se interroga a la partera Josefa de Castillejo. Una vez localizados estos documentos se ha procedido a su transcripción y análisis, extrayéndose aquella información que arroja luz sobre el trabajo de las parteras.

La identificación de estos documentos es la siguiente:

1. Proceso de fe llevado a cabo en el año 1709 en México contra la partera Petrona de Fuentes.

Fecha: 1709-1715

Archivo: Archivo Histórico Nacional (Madrid)

Signatura: Inquisición, 1733. Exp. 34

2. Carta pública de parto de Isabel de la Cavallería, hija de Alfonso de la Cavallería y viuda de Pedro de Francia, que dio a luz un varón.

Fecha: carta de 10 de enero de 1490

Archivo: Archivo Histórico de Protocolos Notariales de Zaragoza

Signatura: Protocolo de Domingo Cuerla, año de 1490, ff. 2v-4v.

3. Visita pastoral realizada a la localidad sevillana de Mairena del Alcor en el año 1694.

Fecha: 1694

Archivo: Archivo General del Arzobispado de Sevilla

Signatura: Libro de Visita Pastoral. Localidad: Mairena del Alcor (Sevilla)

RESULTADOS

I. Los procesos o autos de fe como fuentes de información para la historia de la partera.

Sobre el trabajo de la partera en los siglos medievales y Edad Moderna existe documentación variada que muestra el férreo control a que eran sometidas estas profesionales por parte de las autoridades eclesiásticas, como los libros de visitas pastorales o los autos de fe (1). Pero, ¿qué eran los procesos o autos de fe y qué información arrojan que nos pueda ser útil para el conocimiento de la historia de la matrona?

El auto o “acto” de fe era una ceremonia pública, celebrada con gran pompa y solemnidad, con asistencia de Inquisidores, Familiares del Santo Oficio, eclesiásticos, órdenes religiosas y las personalidades más destacadas del lugar, reunidos generalmente en la plaza pública de las ciudades para escuchar el veredicto de las sentencias individuales dictadas contra los reos de la Inquisición. Su origen se remonta a la Inquisición Medieval y su momento de auge se sitúa entre los siglos XVI y XVII. En los inicios de la Inquisición Moderna, los autos de fe no estaban concebidos para atraer a muchos espectadores: era un simple rito religioso en que se hacían las abjuraciones y reconciliaciones y se comunicaba la pena impuesta a cada reo (2). Por tanto, la misión del Tribunal del Santo Oficio era la defensa de la fe y la moral de la Iglesia católica, mediante la persecución de los delitos que atentaran contra una u otra.

Las mujeres acusadas de hechicería, como el caso de la partera que presentamos, confesaban ante el Tribunal que el motivo que les movía no era el de la veneración al demonio sino el de buscar un complemento económico a su trabajo; por tanto, su perfil era el de una mujer entre treinta y cincuenta años o más, de origen generalmente modesto en el que la

práctica hechicera representaba un modo de sustento apreciable (3).

El caso que presentamos es el proceso de fe seguido contra una partera, natural de Cuatitlán, viuda de edad imprecisa (“dize ser de más de 50 años y parece de más de 60”) y que fue juzgada por el Tribunal de la Inquisición de México en el año 1709 acusada de “supersticiosa embustera”.

Un análisis exhaustivo de todo el proceso, aunque interesante, escaparía a la finalidad del presente trabajo debido a la limitación espacial; no obstante, deseamos destacar la información que este tipo de proceso penal aporta y que puede resultar relevante para el conocimiento del contexto socioprofesional en que se movía una partera de finales del siglo XVII y comienzos del XVIII.

En relación a las fases del proceso penal inquisitivo del Tribunal del Santo Oficio (2), y de manera resumida, destacamos las siguientes:

1.ª Fase preprocesal, en la que se daba inicio al proceso (por acusación, por denuncia, por Inquisición General o por Inquisición Especial) y se ponían en práctica las medidas cautelares (citación o detención y confiscación de bienes).

2.ª Fase inquisitiva del proceso, que en su etapa inquisitiva propiamente dicha constaba del interrogatorio inicial, sin tormento, y la acusación formal.

3.ª Fase judicial del proceso, dividida en dos etapas: la etapa probatoria (prueba de testigos, confesión de culpabilidad y “question de tormento”) y la etapa de conclusión del proceso, distinguiéndose en ésta dos momentos: la revisión del proceso y la “compurgación” o refutación de indicios inculpatores sobre una persona.

A la pregunta de ¿qué información aporta un proceso de fe sobre las parteras?, y adentrándonos en la documentación generada por

el proceso o auto de fe seguido contra Petrona de Fuentes, recogemos los siguientes datos: su nombre: “Petrona de Fuentes”; lugar de nacimiento o nacionalidad: “Natural de Cuatitlán”; el lugar donde vive: “México”; su estado civil: “viuda”; oficio que ejerce: “partera o matrona”; la fecha y lugar en donde ha ejercido el oficio: “vezina de México”; su edad: “dize ser de más de 50 años y parece de más de 60”; el motivo o causa del enjuiciamiento: “por supersticiosa y embustera”; si los testigos acuden por motus propio o recomendada por alguien: “por su confesor”. A esta información habría que añadirle la obtenida por los interrogatorios de los testigos o denunciantes, que resaltaban aspectos de la denunciada como sus relaciones sociales –amigas, vecinas...-, la formación en materias como la religión o hechicería y otras ciencias ocultas y perseguidas, el estatus socioeconómico de la denunciada, que en el caso que nos ocupa era de pobreza, o las técnicas que la partera empleaba, el empleo de “varitas de virtud” o amuletos, todo ello muy interesante desde el punto de vista de la historia y de la antropología.

Finalizamos este caso de auto de fe con la sentencia emitida por el Tribunal, consistente en prisión y embargo de los bienes de la partera acusada:

“Calificáronse los dichos y echos antezedentes en 4 de Julio de 709 y la Censura es que por ellos se constituía rea del Santo Ofizio por embustera supertiçiosa con sauor de herejía sortilega abusiua de la Santa Cruz, Santas Palabras y agua bendita, sospechosa de nigromantia, y por todo la jusgan sospechosa leuemente en la fee con pacto implícito con el demonio.

Con vista de todo se botó a prisión en cárseles secretas con embargo de vienes en 7 de Septiembre de 709 que se executó en 13 de él, pero no se allaron vienes algunos”. (4)

II. La cartas públicas de parto.

Otra interesante fuente documental para el estudio del oficio/profesión de la partera a lo largo de la historia son las “cartas públicas de parto” (5), actas levantadas por los notarios en donde se da fe del desarrollo de un parto. Generalmente estos documentos eran solicitadas por mujeres pertenecientes a las clases sociales elevadas, que habían enviudado y que deseaban dejar una prueba de la legitimidad del recién nacido. El notario llegaba a una precisión descriptiva tal que nos permite conocer minuciosamente el desenlace del parto, desde los primeros síntomas –rotura del saco amniótico, inicio de la salida del feto hasta el alumbramiento o salida de la placenta-. Y, por supuesto, y con la finalidad de evitar fraude, el mismo notario se encargaba de comprobar y registrar personalmente tanto a la futura madre como a las parteras que la asisten de que no llevaban oculto niño alguno.

Exponemos en las líneas que siguen una de estas cartas o actas, levantada por el notario Domingo de Cuerla el 10 de enero de 1490, localizada en el Archivo Histórico de Protocolos Notariales de Zaragoza. El notario confirma que Isabel de la Cavallería, hija de Alfonso de la Cavallería y viuda de Pedro de Francia, señor de Bureta, da a luz a un varón, siendo atendida por una experta matrona o madrina llamada Catalina de Cutanda, viuda de Gabriel de Salinas. Veamos seguidamente parte de la información que contiene esta carta pública de parto.

El parto sucede el día 10 de enero de 1490, entre las diez y las once de la mañana, en las habitaciones altas de la casa del Sr. Martín de Burueta, abiertas las ventanas y encendidas algunas “candelas vandezidas”. Dos mujeres sostenían a la parturienta por “debaxo de los sobacos”, mientras gritaba de dolor por la in-

minente salida del feto. Se hallaban presentes el notario, D. Domingo de Cuerla, y otros testigos requeridos por la dicha señora Isabel de la Cavallería, además de otra partera o madrina, llamada Aína de Medina, a todos los cuales el notario palpó con sus manos “sus cuerpos y entre sus piernas, y levantadas las faldas de sus ropas fasta la camisa por veyer y reconocer si con alguna cautela o enganyo las madrinas consigo trayrían alguna criatura [...]” (5). Tras ponerse las dos parteras de rodilla en tierra y jurar no proceder con engaño alguno, comienza el parto. Señala el notario que en el vientre de la parturienta se habían colocado algunas reliquias y en la habitación, como queda dicho, “muchas candelas vendezidas que allí stavan ardiendo”, estando de rodillas una de las madrinas y la otra, Catalina, con un paño en sus rodillas para recibir a la criatura. Se había colocado un “bacín de allaton” entre las piernas de la parturienta para recoger la sangre y líquido amniótico y al poco tiempo “sallió y parió de su cuerpo una criatura toda moxada, los ojos cerrados, la qual craitura recibió en sus manos [...]”. Posteriormente, la dicha madrina Salinas procede a extraer la placenta o “lecho donde la dita craitura se había nodrido del cuerpo de la dita Ysabel de la Cavallería, el qual lecho vemos yo, dito notario, e testimonios cayer dentro del dito bacín con mucha sangre que allí stava [...]”. El notario continúa dando detalles del parto y se fija en el sexo del recién nacido, un varón, no había dudas: “[...] la dita criatura nascida era ombre, como tuviese todos los miembros masculinos que los ombres tienen, y senyaladament su miembro y companyones, alias vulgarment clamados pixa y cogones” (5).

Relato, como puede comprobarse, de extraordinario valor antropológico e histórico para la profesión de matrona, pues nos describe desde la postura de parir que adopta la futu-



ra madre hasta los materiales y utensilios que las parteras empleaban, además de las reliquias y otros elementos simbólicos empleados para el buen desarrollo del parto.

III. Las visitas pastorales.

Continuando con las fuentes documentales para el estudio de la historia de las matronas, creemos igualmente de interés otro tipo de documentación, generada por las visitas pastorales. Los libros de visita pastoral recogen las actas con información referida a distintas instituciones –hospitales, iglesias...- de las localidades inspeccionadas por el Visitador del Arzobispado, incluyéndose en ella la relativa al ejercicio profesional de maestros de primeras letras, médicos y parteras o matronas (7).

¿Qué información aportan estos libros? Sucintamente, referimos la siguiente:

1. Si había matrona en la localidad visitada.
2. Su titulación.
3. Edad de la partera, años de ejercicio profesional y su estado civil.
4. Si la matrona estaba convenientemente instruida para administrar el denominado “bautismo de urgencia”, además de su moralidad y costumbres.
5. El número de vecinos de la localidad, por lo que podemos obtener la carga de trabajo de estas profesionales.
6. Otros datos sobre las matronas. Por ejemplo, si eran diestras o hábiles en su ejercicio, nivel intelectual, su relación con otros profesionales, etc.

Hacemos referencia seguidamente a una visita pastoral efectuada a la localidad sevillana de Mairena del Alcor en el año 1694, cuyo acta se conserva en el Archivo General del Arzobispado de Sevilla. Entre otra información sobre las parteras, se recoge que en ese pueblo ejercía una matrona o partera llamada Josefa de Castillejo, que exhibió al señor visitador una Carta de Examen de su ejercicio expedida por el corregidor D. Francisco Arévalo y Aceuedo el dos de diciembre del año 1665 y que “saua vien la forma del Baptismo y puede seguramente bautizar en caso de necesidad” (6). En relación a su vida social y aficiones, se dice que “es de buenas costumbres”, que tiene una edad de 67 años y que tenía una gran experiencia en el desarrollo de su ejercicio, exactamente 32 años.

CONCLUSIONES

Las fuentes documentales generadas por las parteras en el ejercicio de sus tareas asistenciales y de peritaje entre los siglos XV y XVIII nos permiten hoy conocer muchos aspectos de su trabajo diario: su formación, sus funciones, sus aspiraciones y limitaciones profesionales...

Encontramos fuentes documentales muy variadas: desde protocolos notariales hasta procesos de fe, visitas pastorales, manuales para su instrucción, tratados científicos, procesos judiciales y disposiciones legales, sin olvidar las fuentes iconográficas.

El conocimiento de estas fuentes permitirá al investigador poner en marcha distintos proyectos de investigación que arrojen luz sobre el oficio de la partera o matrona y las mujeres que lo ejercían.

En la actualidad, el número y la calidad de fuentes existentes permiten augurar buenos resultados para la puesta en marcha de estos proyectos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio C. “Documentos para la historia de las matronas en América: El proceso de fe contra Juana Prudencia Echavarría. Lima, 1778”. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 2008, n.º 10, 1007-1044.
- (2) <http://www.gabrielbernat.es/espana/inquisicion/ie/proc/autodefe/autodefe.html>
- (3) Boeglin, Michel (2006), *Inquisición y Contrarreforma. El Tribunal del Santo Oficio de Sevilla (1560-1700)*. Ediciones Espuela de Plata, Sevilla, p. 187.
- (5) García Herrero, María del C., “Administrar del parto y recibir la criatura”. *Aragón en la Edad Media*, 1989, n.º 8, 283-292.
- (7) García Martínez, Antonio C.; García Martínez, Manuel J.; Valle Racero, Juan I. (1994) “Registro y control de las Matronas por la Iglesia hispalense. (La imagen de la Matrona a través de los Libros de Visitas Pastorales del Arzobispado de Sevilla, siglos XVII y XVIII)”. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla). N.º 1, 13-33.

FUENTES

(4) Documento: Proceso de fe seguido en México en el año 1709 contra la partera Petrona de Fuentes, partera, natural de Guautitlán (México), por hechicería y supersticiones. Archivo: Archivo Histórico Nacional (Madrid). Signatura: Inquisición, 1733. Exp. 34.

(5) Documento: Carta de parto de Isabel de la Cavaillería, hija de Alfonso de la Cavallería y viuda de Pedro de Francia, que dio a luz un varón. Fecha: Carta de 10 de enero de 1490. Archivo: Archivo Histórico de Protocolos Notariales de Zaragoza Signatura: Protocolo de Domingo Cuerla, año de 1490, ff. 2v-4v.

(6) Documento: Visita pastoral realizada a la localidad sevillana de Mairena del Alcor en el año 1694. Archivo: Archivo General del Arzobispado de Sevilla. Signatura: Libro de Visita Pastoral. Año 1694. Localidad: Mairena del Alcor (Sevilla).

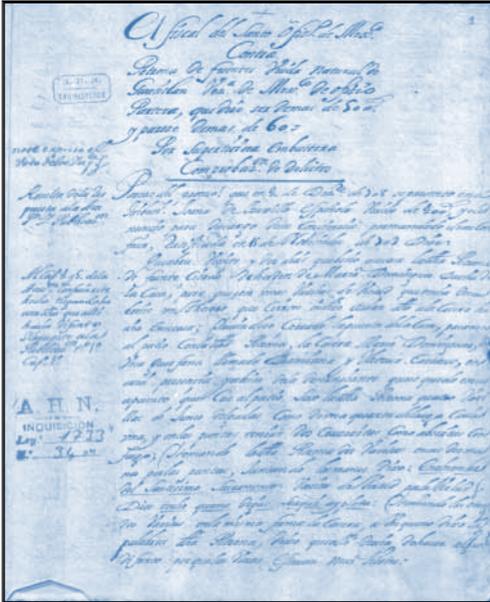


Ilustración 1. Proceso de fe llevado a cabo en el año 1709 en México contra la partera Petrona de Fuentes. Archivo Histórico Nacional (Madrid).

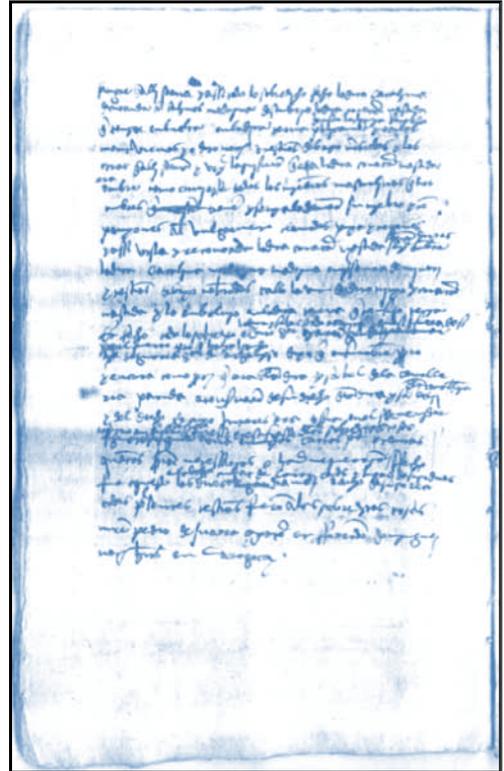


Ilustración 2. Carta pública de parto de Isabel de la Cavallería, que dio a luz un varón el 10 de enero de 1490. Archivo Histórico de Protocolos de Zaragoza.

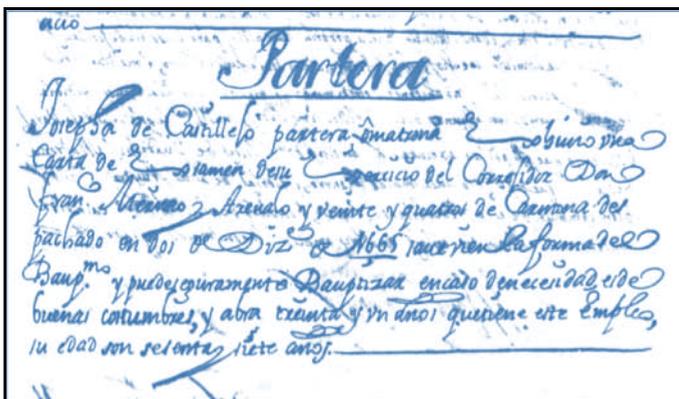


Ilustración 3. Visita pastoral realizada a la localidad sevillana de Mairena del Alcor en el año 1694. Archivo General del Arzobispado de Sevilla.

Teoría y Método

Ejemplaridad profesional

Exemplary professional

Professional exemplar

M^a Teresa Miralles Sangro

Profesora Titular Universidad de Alcalá

Cómo citar este artículo en edición digital: Miralles Sangro, M^a T. (2012) Ejemplaridad profesional. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.12>

Correspondencia: E-mail: teresa.miralles@uah.es

Recibido: 12/11/2011 - Aceptado: 03/02/2012



ABSTRACT

We intend to carry out a compilation of stamps in which stands out the nurses who have been recognized with own name in philately, globally, as from its origin until today. On the other hand we are interested in the relationship that exists between the cause of the issue of the stamps and the historical setting of the time, even if such a framework is in some way the cause of his emission.

Keywords: Nursing history; Art history; philately.

RESUMO

Temos a intenção de fazer uma coleção de selos em que está fora as enfermeiras que foram reconhecidas com nome próprio na Filatelia, globalmente e desde a origem dos carimbos até os dias atuais. Por outro lado, estamos interessados na relação que existe entre a causa do problema dos carimbos e o ambiente histórico do tempo, mesmo que este quadro de alguma forma é a causa de sua transmissão.

Palavras-chave: História da enfermagem, história da arte, filatelia.

RESUMEN

Nos proponemos realizar una recopilación de los sellos en los que se destaque a las enfermeras que hayan sido reconocidas con nombre propio en la filatelia, a nivel mundial, y desde el origen de los sellos hasta la actualidad. Por otro lado, nos interesa la relación que existe entre la causa de la emisión de los sellos y el entorno histórico del momento, incluso si dicho marco es de algún modo el causante de su emisión.

Palabras clave: Historia de la enfermería; historia del arte; filatelia.

Un apartado singular que desde mediados del siglo XIX forma parte de la cultura son los documentos filatélicos y en este contexto, resulta para nosotros excepcional y al mismo tiempo atrayente, el estudio de las imágenes de los sellos en las que se reconoce a la enfermera por su ejemplaridad profesional.

Como de todos es conocido, la universalidad de la enfermería se traduce en frecuentes emisiones postales que a lo largo de los años han constituido un fiel reflejo de su labor y de los acontecimientos más sobresalientes de su historia: conferencias, reuniones profesionales, aniversarios, fundaciones y un sinnúmero de actividades en el campo de la salud.

Esta premisa nos motivó a emprender nuestro estudio. Tratar de identificar los sellos dedicados a una enfermera en particular, reconociéndola como tal y con su nombre propio en el facial del sello. Emprendemos esta tarea, desde una perspectiva mundial y en un período completo de la filatelia que abarca desde el 1850, fecha en que los sellos de correos se pusieron en circulación, hasta nuestros días. El resultado de esta búsqueda sería nuestra unidad de análisis.

El objetivo se concreta en la lectura reglada de las imágenes de los sellos identificados como unidad de análisis.

Precisados los objetivos, establecimos una metodología de búsqueda de los sellos. Nuestro propósito no era sólo la enumeración de las imágenes filatélicas encontradas, sino su comprensión e interpretación en el contexto en que fueron concebidas. Para llevar a cabo el proyecto y dadas las características tan específicas del estudio, se trabajó el ámbito de la filatelia recurriendo a los Catálogos Filatélicos y a la Base de Datos: Colección M^a Teresa Miralles como fuentes para la información.

Se determinaron tres criterios para la iden-

tificación de los sellos y su inclusión en el estudio como unidad de análisis:

- Limitar la investigación a personalidades laicas.

- Que en el facial del sello apareciera la figura, efigie, retrato, fotografía, perfil, imagen, nombre y/o apellido de una enfermera o enfermero, así reconocido o denominado en su entorno cultural.

- Utilizar la técnica de observación directa del material para incluir o no, su inclusión en la muestra.

Después del trabajo de búsqueda y recopilación, el total de la muestra se conformó con 47 sellos postales cuya emisión corresponde a 22 diferentes países:

<i>Alemania</i>	<i>China</i>	<i>Francia</i>
<i>NuevaZelanda</i>	<i>Finlandia</i>	<i>Aruba</i>
<i>Ciskei</i>	<i>Hungría</i>	<i>Barbados</i>
<i>Noruega</i>	<i>Colombia</i>	<i>Islandia</i>
<i>Bélgica</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>Jamaica</i>
<i>Belice</i>	<i>Cuba</i>	<i>Linchestein</i>
<i>Brasil</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>Malí</i>
<i>Canadá</i>		

Estos sellos constituyeron la unidad de análisis de nuestro trabajo y sus imágenes nuestro objetivo de estudio.

Antes de entrar al análisis de los sellos quisiéramos traer a nuestra memoria algunas de las particularidades generales de la imagen. La primera de ellas, la más cercana se refiere a su potencial para proporcionar placer estético, para agradar. Le sigue su capacidad de entretener, amenizar y, ¿por qué no?, su posibilidad de narrar historias.

Y todo esto es lo que nos ofrece, Jean-Léon Gérôme (1824-1904) en su espléndida obra *Pigmalión y Galatea* (1890). El poder de atracción de la imagen es tan fuerte e inmediato que con una sola mirada queremos comprender.

Pigmalión fue un rey de Chipre, buscó durante mucho tiempo una mujer con quien casarse. Pero, con una condición: debía ser la mujer perfecta. Frustrado en su búsqueda, decidió no casarse y dedicar su tiempo a crear esculturas preciosas para compensar su desencanto. Una de sus creaciones, Galatea, le resultó tan bella que Pigmalión se enamoró de su obra. Este es el momento que nos regala Gêrôme que dicho de otro modo, consiste en poner imágenes a una idea y esto, el poner imagen a una idea, a un concepto abstracto, surte en el cerebro un efecto inmediato.

Utilicemos una imagen más cercana, por ejemplo la que nos brinda este sello emitido por Méjico: Es evidente que no visualizamos el momento del alumbramiento, pero en cambio, la imagen de alguien que sujeta al recién nacido por sus tobillos nos da fé de la ayuda en el momento del parto, su desarrollo y resultado. Es más, esta imagen promociona o activa en el espectador reacciones de ayuda inmediata. Y esto es muy importante, porque la imagen a nivel cultural resulta un elemento fundamental en el proceso cognitivo de las gentes, sobre todo de aquel tipo de conocimiento que pretende grabarse profundamente en el recuerdo.

Pero volvamos a nuestro planteamiento de trabajo, a la muestra de sellos que hemos recogido y que componen nuestra unidad de análisis. Estas ideas que acabamos de tratar sobre la imagen son aspectos generales. Nuestro enfoque lo hemos planteado siguiendo las directivas de Panofsky quién postula tres niveles de análisis a recorrer, para la interpretación de las imágenes.

El primero de ellos Pre-iconográfico: Se basa en la observación simple del objeto: ¿qué



veo?. En este momento se expresa, se recoge únicamente lo percibido, sin darle ningún significado. Es una foto o un grabado, podría tratarse de un sello postal, con forma rectangular vertical, de pequeño tamaño, color marrón teja. Letras en color blanco. Parece una figura humana.

El segundo de los niveles, siguiendo a Panofsky, es el Iconográfico y ahora se aplica un método descriptivo, utilizando todo el bagaje para indagar en nuestro universo cultural para reconocer signos y símbolos.

Al tercero de los niveles Panofsky lo denomina Iconológico, se trata de realizar un auténtico análisis interpretativo de la imagen. Se busca esclarecer el significado completo del contenido.

Ahora se necesita conocer a fondo el TEMA de que se trate, todo su entorno y su contexto. La historia de la enfermería profesional, su desarrollo y circunstancias concretas en Alemania que es de donde proviene el sello. En fin, trataremos de darle un sentido simbólico y cultural.

Esto es: Se trata de una emisión de Alemania del año 1952, titulada BENEFACTORES DE LA HUMANIDAD, cargada con una sobretasa para recaudar fondos para la beneficencia.

- La protagonista es Elizabeth Fry (1780-1845), Filántropa inglesa que se preocupó por la atención y cuidado de las presas en las cárceles. Fundadora de una agrupación de enfermeras laicas.

- El colocar la figura a la izquierda puede relacionarse con la idea de avance, ímpetu, marcha, manifestación de idealismo.

- El gesto es sonriente y está mirando al frente. Es señal de energía y decisión.



- Imagen informativa, que se aleja de lo cotidiano al obviarlo, dando fuerza a su representación.

Hemos agrupado los resultados del estudio en diferentes apartados según los aspectos más significativos desde el punto de vista profesional, puesto que se trata de destacar la ejemplaridad profesional. El primero de ellos hace alusión al género de los profesionales que aparecen en las imágenes y con esta misma dinámica de análisis iremos desgranando las demás magnitudes de la investigación.

Llama la atención que en todos los sellos de la muestra, de nuestra unidad de análisis, la figura destacada es femenina. En las imágenes, Nora Kinsky y Elsa Brandstrom. Las dos pertenecieron al grupo de enfermeras voluntarias de la Cruz Roja durante la Gran Guerra.

La Condesa Nora Kinsky, de Linchestein, se alistó como enfermera voluntaria de la Cruz Roja y viajó hasta Siberia para ocuparse, cuidar y atender a los soldados allí prisioneros.

Elsa Brandstrom, era hija del embajador de Suecia ante el Zar Nicolas II y en el 1916 se incorporó a la Cruz Roja Sueca dedicándose, como enfermera, al cuidado de los soldados alemanes heridos.

Uno aspecto singular de la visión general de los imágenes de los sellos que componen la unidad de análisis, es que en 28 de las 47 imágenes analizadas, las protagonistas se presentan de forma individual. Un ejemplo de esta particularidad es este bonito retrato azul sobre el fondo blanco del sello, enmarcado en las leyendas:



MARY BRECKINRIDGE FOUNDER-FRONTIER NURSING SERVICE. También es una bonita historia. Se trata de Mary Breckinridge quién en 1910 se graduó como enfermera profesional en el St. Luke's Hospital, Nueva York. Más tarde vino a Europa para incorporarse como enfermera en Francia durante la Primera Guerra Mundial. Esto ensanchó sus expectativas profesionales y cuando acabó la guerra, en vez de volver a su país, se fue a Londres donde se formó como matrona. Volvió a Estados Unidos y se especializó como Enfermera de Salud Pública en la Universidad de Columbia, todo esto, le llevó a fundar en 1925 el Servicio de Enfermería de la Frontera (FNS).

En este mismo grupo, otro personaje distinguido en la filatelia con nombre propio fue Cleopatra White MBE, Miembro de Honor del Imperio Británico. En su ejercicio profesional en el campo de la Enfermería Comunitaria su objetivo fue involucrar a los marginados sociales en la práctica de sus propios autocuidados de salud.

Del total de 47 enfermeras distinguidas en la filatelia de forma singular, veintiocho de ellas habían nacido en el siglo XIX. Solamente encontramos a Jeane Mancé que nació en el siglo XVII, Elizabet Fry en el XVIII y, por último, a Livida Ecury nacida en el XX.

En dos ocasiones, del total de las 47 emisiones estudiadas, el país dedica un sello a una enfermera durante el primer año de su independencia. Uno de ellos es Mali, colonia francesa que obtiene su independencia en 1962, y, ese mismo año, emite este sello que recuerda el centenario del nacimiento de la enfermera Jane Delano. Se trata de una emisión de un solo sello, con la fotografía del escorzo de una



mujer con uniforme de enfermera. En el lateral derecho la leyenda Jane Delano.

¿Quién era Jane Delano?

Jane Delano nació en N.Y donde se formó como enfermera y comenzó a trabajar en el Florida Hospital, atendiendo pacientes con fiebre amarilla. En 1898, iniciada la Guerra Hispano-Americana, la nombraron Secretaria de Reclutamiento de Enfermeras de la Cruz Roja Americana. Terminada la guerra fue directora de la Escuela de Enfermeras Hospital Bellevue, donde permaneció hasta el 1909 que entró en el ejército y fue nombrada Superintendente del Cuerpo de Enfermeras del Ejército de Estados Unidos. Durante la Gran Guerra, del 1914 al 1918, más de veinte mil de sus enfermeras jugaron un importante papel en el cuidado de los soldados americanos heridos. Jane murió en Francia cuando representaba a la Región Americana de la Cruz Roja, en la Reunión Mundial de Expertos en Salud, celebrada en Cannes.

El personaje que más aparece es Florence Nightingale. El retrato de la protagonista, impresa en monocolor, se obtuvo de la misma fotografía que, en el 1856, le hicieron a su vuelta de la guerra de Crimea. Aparece vestida de paisano. La imagen dentro de un óvalo, suspendido de un lazo, donde se encuadra el valor postal del sello (30 c), resultando un conjunto típicamente victoriano, como corresponde a la época. Del lazo caen a modo de cintas dos palabras: BELGIQUE y BELGIE, el nombre del país que emite el sello en los dos idiomas oficiales. Y en la



esquina superior izquierda +5 que es la sobretasa que hay que abonar a beneficio de la Cruz Roja Belga, cuyo signo está en la parte central inferior. Debajo del marco y rodeado de otra cinta el nombre Florence Nightingale. Con el fin de destacar la figura central se añade a la composición unos rayos luminosos que partiendo del óvalo llegan al borde del sello. Este sello de Bélgica es la primera emisión postal, a nivel mundial, dedicada a Miss Nightingale. Resulta, por lo menos, curioso que sea Bélgica el primer país que honra a Nightingale en su filatelia como Benefactora de la Humanidad.

Del total de los 47 testimonios, tres son recordatorios de Clara Barton. En la imagen, por debajo del nombre



del país que emite el sello, la escena se divide en dos zonas, la de la izquierda se reserva a la protagonista que vestida de paisano aparece en una fotografía enmarcada en un óvalo subrayado con su nombre. La zona derecha de la imagen se destina al signo que identifica la organización humanitaria de la Cruz Roja, sobre un fondo blanco irradiado desde la cruz roja. Cerrando este resplandor blanquecino la leyenda FUNDADORA DE LA CRUZ ROJA AMERICANA. El impacto visual del diseño pone en relación a Clara Barton con la Cruz Roja recordándola como Fundadora de la institución, cuya presidencia ostentó hasta su muerte. Luego veremos algún otro sello de la misma personalidad en diferente contexto.

De la totalidad de los 47 sellos analizados, dos están dedicados a Edith Cavell. El centro de la imagen lo ocupan la protagonista y Dr. Antoine Depage, cirujano belga fundador y presidente de la Cruz Roja



Belga, durante una intervención quirúrgica. La leyenda, en la parte inferior del sello, deja constancia del reconocimiento del país a la memoria de Edith Cavell como fundadora de las Escuelas de Enfermería en Bélgica.

Dos sellos del cómputo de la muestra son un homenaje a Clara Mas. La emisión es un sello monocolor con tres imágenes relacionadas. En la franja izquierda el LUTHERAN MEMORIAL HOSPITAL NEWARK, NEW JERSEY, donde la enfermera protagonista se formó. En la franja central el busto de la enfermera CLARA LOUSE MASS 1876-1901 realizada por la leyenda acintada. Por último, en la franja derecha la representación del HOSPITAL LAS ANIMAS HABANA, CUBA, donde estuvo trabajando en el equipo de investigación sobre la fiebre amarilla y donde recibió la picadura del *Aedes aegypti*, principal vector del virus de la fiebre amarilla, que le causó la muerte.

Si relacionamos los sellos con la causa de su emisión, en doce ocasiones el vínculo es un conflicto bélico. Sirva como testimonio este sello dedicado a Phoebe Pember quién trabajó cuidando a los heridos durante la Guerra de Secesión y se hizo famosa por la excelente "Sopa de Pollo" que ella misma guisaba.

Dos de los sellos de la muestra, evidencian clara relación entre el motivo de su emisión y algún acontecimiento político o patriótico del país. Es el caso del sello de 1991 de Barbados donde se rinde homenaje a Nita Barrow. Nita Barrow completó los estudios de enfermería en el General Hospital de Barbados en el año 1941 y después de trabajar en la asistencia directa a los enfermos durante cerca de veinte años, es nombrada, en 1964, Asesora de Enfermería para la Organización Mundial de la Salud



(OMS) y posteriormente de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO). De 1989 a 1990 actuó como Representante de Barbados para las Naciones Unidas, un prelude para su nombramiento como Gobernadora General de Barbados, desde 1990 hasta su muerte.



En cuatro ocasiones, la imagen de los sellos está dedicada a honrar la memoria de Fundadoras de Organizaciones Profesionales. Se trata de Elisabeth Grace Neill enfermera que en 1904 organiza y funda el Colegio de Enfermeras en Nueva Zelanda. Nuestro segundo personaje de este apartado es la Baronesa Sophie Mannerheim elegida en el año 1883 Presidenta de la Asociación de Enfermeras finlandesas, y, más tarde, nombrada Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Fue distinguida con la Medalla Florence Nightingale que el Comité Internacional de la Cruz Roja otorga cada dos años.



Nuestro último apartado se lo dedicamos a las enfermeras que fueron consideradas en la filatelia por su dedicación a la formación de jóvenes profesionales, entre ellas la emisión de Suiza dedicada a Anna Herr fundadora de las Escuelas de Enfermería en su país y la noruega Cathinka Guldberg.



En la imagen del sello noruego, aparece el fotoretrato del busto de Cathinka Guldbergm, joven Noruega que viajó ex profeso a Alemania,



para formarse como enfermera en el Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth. Dos años más tarde, de vuelta Noruega convertida en la primera enfermera del país, funda la primera Casa de Diaconisas de Oslo en el año 1868, convirtiéndose así en la pionera de la formación de enfermeras en Noruega. Precursora de la profesión Enfermera fue, a su vez, la primera mujer que en Noruega recibe la condecoración de la “Orden of Sr. Olav”, en el año 1915.



A modo de conclusión se pueden sintetizar algunos puntos expuestos en el desarrollo de este trabajo que reflejan la interacción existente entre los distintos elementos analizados.

- La filatelia no es indiferente al entorno histórico del momento.
- La filatelia evidencia la percepción de estima o reconocimiento social a la profesión.
- En la filatelia se produce la personalización de figuras enfermeras.
- La presencia de la enfermería en la filatelia, entendida como ejemplaridad profesional se mantiene con muy pequeñas fluctuaciones a lo largo de todo el periodo estudiado.

BIBLIOGRAFÍA

- Amado Moya, Joaquín. (2005) Origen del sello de correos y la Filatelia. Valencia. Curso de Filatelia, Fundación Albertino de Figueiredo para la Filatelia.
- Aranaz del Río, Fernando. (2008) Máster en Filatelia e Historia Postal Española. Tomo I. Madrid. Editorial Filatelia. Sanz y Torres S.L.
- Belting, Hans (2007) Antropología de la imagen. Madrid. Katz Editores.
- Castiñeiras González, M.A. (2008) Introducción al método iconográfico. Madrid. Ariel Patrimonio Histórico. 4ª Ed. Madrid. 2008.

- Clemente, J.C. (1986) Historia de la Cruz Roja Española. Madrid. Departamento de Información, Cruz Roja Española.
- Donahue, M.P. (1985) Historia de la Enfermería. Barcelona. Mosby Company. Edición Española.
- Freedberg David. (2009) El poder de las imágenes. Estudios sobre la Historia y la Teoría de la respuesta. Madrid. CÁTEDRA. Grandes Temas. Segunda Edición.
- Montgomey Dossey, B. (2000) Florence Nightingale. Mystic, Visionary, Healer. United States of America. SPRINGHOUSE
- Panofsky, Erwin, (2006) Estudios sobre iconología. Madrid. Alianza Universidad. Decimoquinta reimpresión.
- Sanchez Puñales, S. (2002) Historia de la Enfermería en Uruguay. Montevideo. Uruguay. Ediciones Trilce.
- Usandizaga Saniz, A. (2006) La mujer y la Primera Guerra Mundial, en Sobre la Guerra y la violencia en el discurso femenino (1914-1989) Barcelona. ED. RIUS GTELL, Rosa. Publicacons. I Edicions de la Universitat de Barcelona.

Miscelánea

Biblioteca comentada

HOSPITAL CIVIL DE SAN ANTONIO ABAD. 50 AÑOS DE LA DESAPARICIÓN DEL PRIMER HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN

Manuel Solórzano Sánchez (2011)

Editorial Egilea. Hospital Universitario de San Sebastián. San Sebastián. 80 páginas.

Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.13>

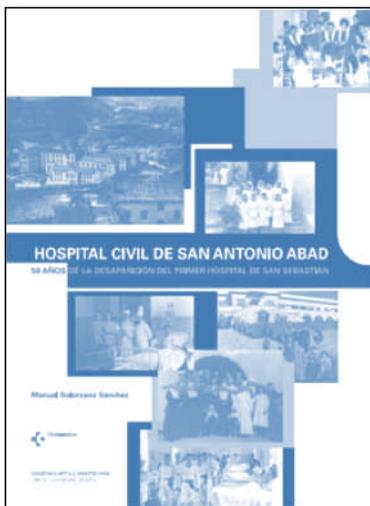
Manuel Solórzano, ya es todo un personaje en el contexto de la historia de la enfermería. Su inestimable labor como investigador de la ciencia histórica, se ve complementada con su función diseminadora de todo tipo de eventos relacionados con la historia. Desde “Enfermería Avanza” <http://enfeps.blogspot.com.es/> (por la que ha recibido un merecido galardón), ejerce con magistral pericia de “hechicero de la comunicación” estableciendo canales de encuentro e intercambio de conocimientos y experiencias entre investigadores e interesados por la historia de la enfermería. Con este nuevo libro, Solórzano nos deleita con un material escrito e ilustrado con multitud de fuentes iconográficas (especialmente fotográficas) la historia de un hospital muy especial para Donosti: el Hospital Civil de San Antonio Abad, que fue el

primer centro hospitalario de la ciudad y que desapareció allá por 1960. Las dificultades del investigador para hacerse con las fuentes, especialmente las fotográficas, fueron superadas por el autor mediante el despliegue de su cordialidad y facilidad para establecer contacto y comunicarse con todas aquellas personas que le han servido tanto como fuentes orales para seguir rastreando y vertebrando el proceso hermenéutico de nuevos documentos, como para conseguir preciosos tesoros, tales como buena parte de las fotos que ilustran este libro.

A lo largo del texto, Solórzano describe la compleja evolución de este hospital desde su primera fundación en el siglo XVI –diferen-

tes ubicaciones y construcciones a lo largo del tiempo- y su importancia para la comunidad. Asimismo, destaca la labor de personajes ilustres de la sanidad donostiarra, como el doctor Izaguirre o practicantes como Luis Mari Elícegui. Destaca también la labor de las hermanas de la caridad en la fase tardía de la institución y resalta, asimismo, el trabajo del arquitecto José Goicoa. En resumen, un li-

bro de gran valor para todo aquel interesado por la historia de la enfermería en general y, particularmente, para la historia de la enfermería en San Sebastián.



EL INTOCABLE (LE SECCOND SOUFFLÉ)

Philippe Pozzo di Borgo

Editorial Anagrama - ISBN: 9788433978332

Fecha de publicación 2011

Fecha de edición 2001

Nº páginas 232

Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.14>

Este libro recoge la esencia de dos libros anteriores del autor: “El segundo aliento” y “El demonio de la guarda”. Se trata de una autobiografía escrita por un autor francés, Philippe Pozzo di Borgo aristocrático y empresario de la famosa marca de champagne Pommeray. Sufrió un accidente de parapente y quedó tetrapléjico anclado a una silla de ruedas y manteniendo todas sus facultades mentales.

La historia de “El intocable” narra el esfuerzo por recuperar su vida otorgándole cierto valor a las cosas más sencillas y tratando de saborear los minutos del día. El autor tratar de descubrir el amor a través de la sensibilidad y la escritura hacia una mujer idolatrada a la que no conoce.

Es un texto duro con importantes notas de humor en ocasiones de cierto carácter ácido.

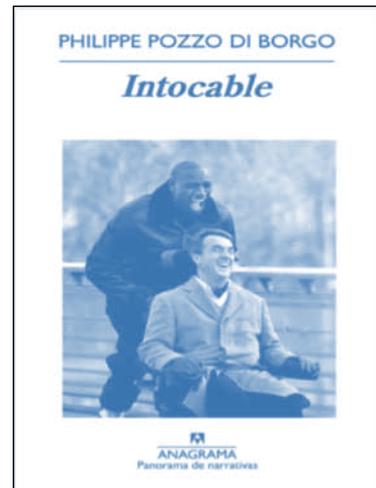
Un capítulo interesante es la relación que establece el autor con su cuidador, un senegalés Abdel Sellou, procedente de los suburbios parisinos y recién salido de la cárcel. Parece paradójico que se pueda establecer un vínculo tan cercano entre dos personas que tienen tan pocos elementos en común, en todo momento se evidencia un aprendizaje b direccional. El cuidador sin ningún tipo de formación aprende a cuidarle y a mimarle proporcionándole la tranquilidad y la alegría que precisaba. Philippe, por otro lado intenta acercarlo al mundo de la música clásica, del arte, y de las relaciones sociales que en mu-

chas ocasiones Abdel no llega a comprender demasiado bien.

De ese choque cultural se desprende un fuerte lazo de amistad que perdura a lo largo del tiempo. En definitiva se puede afirmar que ambos son dos intocables.

Esta historia ha inspirado la película con el mismo nombre de Eric Toledano y Olivier Nakache, alcanzando cifras espectaculares en las salas francesas. En España la película se estrenó a finales de Marzo.

Mari Carmen Solano Ruiz



REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º 2077 0482 16 3100 518783
- Domiciliación bancaria

*Departamento de suscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Escuela Universitaria de Enfermería