

UN SIGLO CUIDANDO A LA SOCIEDAD

CENTENARIO DEL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermeras á las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca,

S. M. el REY (q. D. g.) ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Se aprueba el adjunto Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras á las que lo soliciten pertenecientes ó no á Comunidades religiosas.

2.º Los conocimientos que el Programa contiene podrán adquirirse previamente, asistiendo para los de carácter práctico á las clínicas, consultorios, asilos ú hospitales que á las aspirantes convengan.

3.º La prueba de suficiencia consistirá en un examen teórico-práctico ante un Tribunal análogo al que funciona para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el Decano.

4.º Las aspirantes aprobadas en estos exámenes obtendrán una certificación expedida por el Decano de la Facultad de Medicina, en la que hará constar que quedan autorizadas para ejercer la profesión de enfermeras.

5.º Los exámenes se verificarán todos los años en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en la fecha que designe el Decanato.

6.º Las aspirantes á enfermeras satisfarán en la Secretaría de la Facultad para formación de expediente tres pesetas y para pagos de derechos de examen 10 pesetas, con opción á segundo examen, tres meses después como plazo mínimo, las que no obtuviesen la aprobación en el primero.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 7 de Mayo de 1915.

ESTEBAN COLLANTES,
Señor Subsecretario de este Ministerio.




Coordinadores:

MARÍA LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ
MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ



COLEGIO DE
ENFERMERÍA
DE CANTABRIA



Un siglo cuidando a la Sociedad

Centenario del reconocimiento
oficial de la Enfermería en España

Coordinadores:

María Luz Fernández Fernández
Antonio Claret García Martínez
Manuel Jesús García Martínez

Colaboran:



GOBIERNO
de
CANTABRIA

Consejería de Educación,
Cultura y Deporte



Vicerrectorado de Investigación
y Transferencia del Conocimiento



COLEGIO DE
ENFERMERÍA
DE CANTABRIA



Edita: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria
c/ Cervantes, 10 - 5º
39001 Santander

© Colegio de Enfermería de Cantabria

Colaboran:

- Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Cantabria.
- Vicerrectorado de Investigación y Transferencia del Conocimiento. Universidad de Cantabria.

Depósito legal: SA 244-2015

ISBN: 978-84-606-7630-0

Coordinadores:

Mariluz Fernández Fernández, Antonio Claret García Martínez, Manuel Jesús García Martínez

Maquetación e impresión:

Artes Gráficas J. Martínez, S.L. (Guarnizo, Cantabria)

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro ni su tratamiento informático, ni la transmisión de alguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular de Copyright.

ENFERMERÍA Y MEDICINA HOSPITALARIAS EN LOS INICIOS DE LA TRANSICIÓN SANITARIA EN VITORIA

Nursing and hospital medicine at the beginning of the Health Transition in Vitoria

Manuel Ferreiro Ardións, Juan Lezaun Valdubieco

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava

PALABRAS CLAVE: Transición Sanitaria, Medicalización de la Sociedad, Enfermería.

KEY WORDS: Health Transition, Medicalization of Society, Nursing.

RESUMEN: En un desamparo legislativo y asociativo hasta el siglo XX, la enfermería careció de capacidad para retener el grado máximo de competencias que alcanzaron durante el Trienio Liberal. La desaparición del matrimonio hospitalero favoreció el desarrollo del perfil técnico y medicalizado del varón, que se reforzará con la llegada de las Hijas de la Caridad, produciéndose durante el XIX un claro distanciamiento profesional entre practicantes y enfermeras sin que nos conste, hasta el siglo XX, percepción de conflicto competencial. La medicalización hospitalaria será inicialmente bien vista por los practicantes como refuerzo de su perfil técnico.

ABSTRACT: In a legislative and associative abandonment until the twentieth century, nursing lacked of capacity to retain the maximum number of competencies that had achieved during the Liberal Trienium. The disappearance of the couple in charge of the hospital favoured the male development in the technical and medicalized profile that was reinforced with the arrival of The Daughters of Charity, producing a clear professional distance between nurse partitioners and nurses during the nineteenth century. We have no evidence of competence conflict until the twentieth century. Hospital medicalization was initially approved by the nurse partitioners as a technical profile support for them.

I. INTRODUCCIÓN

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica, iniciados en Europa durante el siglo XIX, llevaron asociada implícitamente una transición de la atención sanitaria y de los riesgos¹ que, entre otros cambios, modificaría de manera importante la relación que tanto la población general como los profesionales sanitarios habían tenido secularmente con el hospital.

La oficialización de los estudios de enfermera en 1915 forma parte de ese proceso transformativo que terminará por hacer de los hospitales centros diagnósticos y terapéuticos medicalizados, basculando el papel rector de la enfermería en los hospitales preindustriales hacia la medicina.

II. OBJETIVOS

Estudiar la situación en que se encontraban las distintas profesiones sanitarias del ámbito hospitalario de la ciudad de Vitoria en los albores de la llamada Transición Sanitaria, en la consideración de que de ello se derivará una mejor comprensión del tránsito del hospital curador al hospital curador.

III. METODOLOGÍA.

Estudio retrospectivo interpretativo de carácter histórico basado en la revisión bibliográfica y documental del periodo 1821-1926.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1. El hospital.

En 1821, coincidiendo con el advenimiento del Trienio Liberal, se inaugura un nuevo edificio para el hospital Santiago de Vitoria, modificándose notablemente su estructura organizativa. El hospital está reservado casi en exclusividad para los indigentes y los pobres censados que carecen de apoyo familiar en sus casas, pues lo habitual es que la asistencia sanitaria se dé en los domicilios de los enfermos. Aspecto que la Ley General de Beneficencia de 1822 potenció de manera clara en contra de algunas posiciones todavía minoritarias.

A pesar de la innovación estructural que suponía el nuevo edificio, el hospital no varió la tradicional percepción de ser una fábrica productora de perniciosos miasmas para el resto de la población. Quizá por ello no debe extrañarnos que en él se criaran las sanguijuelas que abastecían a los sangradores de la provincia, o que en 1926 inaugurara una sala de disecciones. Esto último de interés, pues es una muestra clara de las nuevas utilidades del hospital para los médicos vitorianos, quienes acudían a formarse en la floreciente anatomoclínica en una especie de Cátedra de cirugía.

En la segunda mitad del XIX, con el desarrollo de los balnearios, el hospital albergó una consulta de hidroterapia. Fue también pionero en algunos adelantos técnicos, así contó con el primer sistema de calefacción integral de la ciudad en 1870 y fue uno de los primeros centros que se electrificó (1894). También albergaría el primer laboratorio municipal y, ya en el cambio de siglo, el primer aparato de RX, elementos todos ellos que comenzaron a hacerlo atractivo para los intereses médicos.

A esta actualización tecnológica le acompañaron los cambios legislativos de protección social de principios del XX. En 1900 la Mutua recién constituida, "La Previsora"², contrató la asistencia a los accidentados laborales con el hospital introduciendo por fin a una nueva tipología de usuario hospitalario, el trabajador. Con las posteriores legislaciones, como la fundamental del Retiro Obre-

1 Robles González E, Bernabeu Mestre J; Benavides FG. La Transición Sanitaria: una revisión conceptual. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica; 1996,XIV(1):117-144.

2 A.H.P.A. 27709, Libro de Asociaciones 1887-1905. Fol. 64 v. Se inscribe "La Previsora" el 7 de abril de 1900 teniendo como objeto los "Seguros Mutuos contra accidentes del Trabajo".

ro Obligatorio de 1919, el hospital se convertía en centro asistencia de referencia para todos los profesionales sanitarios y para parte de la población. El hospital Santiago respondería con una gran reforma el año 1926, destacando el Cuarto de Socorro y quirófanos modernos. Ni su estructura ni su organización se parecía ya en nada a las de 1821.

IV.2. La Enfermería.

El hospital había estado atendido desde 1419 por un Matrimonio Hospitalero quien, dentro del concepto de lo paradoméstico, cuidaba del centro y asistía a los acogidos con cuidados básicos. Externamente lo visitaban el médico y el barbero o cirujano municipal. Con pequeños cambios su funcionamiento se mantiene hasta 1821 que, con el nuevo edificio, va a crearse una nueva figura asistencial, el Enfermero Mayor. Éste heredaba las funciones tradicionales del Matrimonio Hospitalero añadiéndole las actividades propias del Sangrador o Cirujano Menor, que fue la titulación que se exigió para acceder al puesto. Los otros profesionales sanitarios del centro lo constituían una Enfermera Segunda y un Enfermero Segundo que auxiliaban al Enfermero Mayor. Mientras que el Médico y el Cirujano Mayor municipales seguían visitándolo una hora a la mañana y otra a la tarde.

La impresión de que este Enfermero Mayor constituye una figura enfermera total, aglutinando cuidados básicos e instrumentales en un sentido actual del concepto de Enfermera, tiene varias sombras. La primera, que rompe con la centenaria tradición del Matrimonio Hospitalero creando una crucial brecha de género, pues sólo se contrata al hombre a quien, además, se prestigia profesionalmente. La mujer, que ya no su esposa, queda relegada a ser Enfermera Segunda como figura auxiliar, aunque al menos nominalmente por encima de mozos y criados. En segundo lugar, lo que le prestigia es sin lugar a dudas su categorización como Cirujano Menor, no el seguir siendo Hospitalero cuidador. Luego, ¿tuvo el Enfermero Mayor conciencia enfermera? Creemos rotundamente que no. Y ello porque una vez desaparecida la figura, quien ejerció el puesto sólo "vende" en su currículum el haber sido Cirujano del hospital.

En 1826, con la llegada de las Hijas de la Caridad al hospital, el Enfermero Mayor pasa a denominarse Ayudante o Practicante de cirugía, evidencia clara de su cometido, pues definitivamente abandona las actividades enfermeras del antiguo Hospitalero para centrarse sólo en las de cirugía menor. La separación de cuidados inmediatos e instrumentales, adscribiéndolos a categorías profesionales diferentes, vuelve a ser evidente en el hospital, agudizándose también la separación por género.

La nueva figura relevante en la vida interna del hospital será la Madre Superiora, pero, a diferencia del Enfermero Mayor, ésta no aparece ligada de manera directa a las actividades asistenciales sino a tareas de gestión y administración, diluyendo las asistenciales entre las Hermanas y el nuevo Practicante, quienes son auxiliados por un grupo heterogéneo y anónimo de "dependientes subalternos" a los que se denomina indistintamente enfermeras y enfermeros, empleados, ayudantes o mozos.

También se produce una lenta externalización de la actividad del Practicante. Mientras que el Enfermero Mayor no podía ejercer como Sangrador fuera del hospital, ahora sí se le permitirá, aunque sigue obligado a vivir en el hospital con su familia.

En 1858, ante las crecidas necesidades asistenciales del hospital se decide un incremento de personal, desde las hermanas a los empleados pasando por el Practicante, que es el cambio más significativo. La necesidad de un segundo Practicante se resolvió de manera muy indigna: incrementó el salario al Practicante existente para que éste pagara a un segundo sin que apareciera en nómina. A partir de entonces al primero se le llamará siempre Ayudante e incluso Profesor Ayudante, reservando el término de Practicante sólo para señalar al segundo, quien -para hacernos una idea de la degradación profesional a la que se llega- "*dormirá en el Establo*", no podrá ejercer fuera

del hospital y deberá estar soltero, lo que hasta entonces sólo se exigía a mozos y criados. La situación durará hasta 1865 en que finalmente se le otorga un salario -la mitad que al Ayudante- con habitación, alimentos y limpieza de ropa dentro del hospital. También se elimina la exclusividad, si bien se le sigue obligando a la soltería; es decir, se le sigue tratando como personal subalterno.

En 1870 la plantilla de practicantes aumenta con la incorporación de un tercero sin que mejoren las condiciones. La dificultad para conseguir practicantes -teniendo que repetir convocatorias- se hace manifiesta, así como la temporalidad, pues una vez que consiguen clientela en la ciudad, a la menor oportunidad dejan el servicio del hospital.

A últimos de 1878 fallece el Ayudante y, lejos de ser sustituido por uno de los practicantes, la Junta decide sustituirlo por un Médico como modo de introducir la presencia continuada de un facultativo en el hospital que tanto ansiaba.

La decisión no gusta entre los profesionales del centro; así, uno de los practicantes dimite y ninguno de los médicos municipales desea el puesto. La Junta no cede en su empeño y contrata a un Médico-Cirujano Ayudante de Profesores.

Los dos practicantes que ya aparecían en un contexto auxiliar, ahora lo hacen de manera nítida. Y no porque pierdan más funciones sino por la pérdida de autoridad y autonomía: *“Los Señores Facultativos de servicio y Médico Ayudante podrán imponer á los practicantes castigos de privación de sueldo ó guardias de recargo hasta de tres días por las faltas cometidas en el servicio...”*³

En 1821, el Enfermero Mayor había de *“vigilar cuidadosamente la conducta del Ayudante, Enfermera, Mozo y Cocinera”*⁴. Cincuenta y ocho años después, su heredero, el Practicante, se encuentra bajo ese mismo régimen disciplinario que, en los reglamentos, sólo se transcriben para las categorías más inferiores. El Practicante había pasado al heterogéneo grupo de empleados.

Nadie quiere ser Practicante del hospital y la Junta ha de ceder en varios puntos: se elimina la condición de soltería -o viudez sin hijos- y se les autoriza a comer fuera del hospital. Elementos que no parecen hacer más atractivo el puesto y que, en cualquier caso, siguen alejando al practicante del hospital, pues en breve podrán pernoctar fuera si no están de guardia, antesala de convertirse en trabajadores externos.

La degradación profesional es general en toda España, lo que produce un movimiento general de reacción al amparo de la Ley de Asociaciones de 1887. Los practicantes alaveses se constituyen en Colegio en 1902, y de inmediato aparecen participando activamente a nivel nacional, desde la Asamblea de Practicantes de España de 1903 hasta la Gran Asamblea de 1921. Su presencia será también habitual en los artículos de *La Cirugía Menor* desde 1905 y en el *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía* desde 1907. Los practicantes del hospital Santiago se unen al Colegio desde sus inicios y en 1907 uno de ellos forma parte de su Junta directiva.

Los artículos de los colegiados alaveses denuncian los mismos problemas generales de la profesión a nivel nacional: desprestigio de la profesión, intrusismo, caciquismo y necesidad de unidad de acción como solución. El intrusismo está referido a curanderos de toda índole, y no a las enfermeras que, en ese momento, parecen preocupar sólo al Colegio madrileño en relación a las enfermeras de Santa Isabel de Hungría, aunque después de 1915 tampoco logramos documentarlo en Vitoria.

Lo que no quiere decir que no se diera, pues la Congregación de las Hijas de la Caridad se implicó desde el inicio y de manera activa⁵ con la oficialización de los estudios de enfermera que se

3 Archivo del Territorio Histórico de Álava. Artículo 15 del Reglamento de Practicantes de 1879.

4 Archivo del Territorio Histórico de Álava. Ordenanzas del hospital Santiago de 1821.

5 Hernández Martín F. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la Enfermería. Cultura de los Cuidados. 2006;X(20):39-49. Pág. 45.

había aprobado en 1915. Igualmente es conocido su acceso a la carrera de practicante, aunque en Vitoria la primera que documentamos pertenece a la Congregación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana, en 1924 en el hospital infantil "Fundación Molinuevo".

En este último tramo del periodo a estudio, los practicantes se externalizan por completo al cesar la obligatoriedad de la residencia dentro del hospital.

IV.3. La medicina.

Secularmente los médicos municipales incluían en su contrato la obligación de visitar el hospital, lo que en 1821 se mantiene con una visita de una hora por la mañana y otra por la tarde más los avisos de urgencia y exitus.

Desde mediados de siglo XIX y debido al incremento de los enfermos acogidos en el hospital, el Ayuntamiento intentó hacer permanente la presencia médica en el mismo, lo que logró -sólo de manera temporal- en 1879 con la creación de la figura del Médico-Cirujano Ayudante de Profesores. La oposición médica se basó en una firme defensa de la Asistencia Domiciliaria frente a la Hospitalaria tanto para la Beneficencia como para el Proletariado. Debate éste que fue general en toda España⁶, si bien la argumentación vitoriana tiene su peculiaridad.

En Vitoria hay dos autores médicos imprescindibles: Gerónimo Roure y Ramón Apraiz, que van a posicionarse decididamente en favor de la Asistencia Domiciliaria vinculándola directamente con otra temática clásica del periodo, "la habitación del pobre". La trágica experiencia epidémica del cólera y la viruela, junto a la vinculación que la medicina había hecho con la higiene doméstica, les lleva a plantear la Asistencia Domiciliaria como el medio más eficaz para "*hacer que la vivienda del pobre tenga las condiciones exigidas por la ciencia*"⁷. Visitar al enfermo pobre en su propio domicilio no era ya un acto individual, sino un acto fundamental de Salud Pública.

Ha de señalarse que la profesión médica tuvo durante el XIX un periodo de consolidación como Ciencia en plena comunión con los intereses políticos y económicos del Liberalismo, lo que la aupó a categoría de Clase social, con un gran poder de influencia en todos los niveles⁸.

No obstante, aunque la Asistencia Hospitalaria no les resultaba atractiva, el hospital desarrolló otros polos de atracción, como la citada Cátedra de cirugía en torno a la sala de disecciones, que les convocaba periódicamente y queda constancia de que generó un gran interés. A ella se uniría a finales del XIX avances tecnológicos, como un Laboratorio Clínico o un aparato de RX, que resultaban costosos y difíciles de disponer particularmente.

Aunque estos avances ya modificaron algo el modelo de asistencia (no se podían llevar consigo a los domicilios), con el siglo XX vendrían dos elementos clave en la Transición de la Asistencia Sanitaria: por una parte el desarrollo quirúrgico, que llevó asociado la apertura en Vitoria de variadas clínicas con ingreso hospitalario; y, sobre todo, el sistema de protección social que trató de paliar los nuevos riesgos para la salud que había traído la industrialización, y los riesgos para la estabilidad del Estado que acompañó la "cuestión social". Estos últimos serían los más decisivos y los que mejor se documentan en el Hospital Santiago de Vitoria: desde 1900 se colabora con una Mutua de Accidentes del Trabajo; para 1912 se crea la figura del Director Médico, señal inequívoca

6 Herrera Rodríguez, F. El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX. Cultura de los Cuidados. 2006; X(20):22-31. Pág. 25.

7 Apraiz Sáenz del Burgo R. La Vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas. Vitoria: Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar; 1893. Págs. 11 y 12.

8 Ferreiro Ardións, M. El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava, La epidemia de 1834. Vitoria: UPV/EHU; 2012. Disponible en <http://hdl.handle.net/10810/10823>.

del cambio de mentalidad; y en 1926 se modernizan los quirófanos y el Cuarto de Socorro. Para entonces, el médico ya forma parte de la vida cotidiana del hospital, y los objetivos de éste son los objetivos de aquél.

V. CONCLUSIONES.

El proceso de transición de la Atención Sanitaria ha sido estudiado sólo en el paso de la Asistencia Domiciliaria a la Hospitalaria, y esta transferencia respondió más a los cambios sociales -industrialización y cuestión social- y a los avances técnicos que a las necesidades y demandas de los distintos profesionales. Demandas que, en el caso de los médicos vitorianos, fueron en dirección opuesta mostrándose en todo momento decididamente a favor de la Asistencia Domiciliaria. Por su parte, las demandas de los Practicantes, degradados profesionalmente a la escala auxiliar, apenas alcanzaron las de su propia supervivencia. Finalmente, aunque no nos consta la posición de las Hijas de la Caridad, en cuanto que acapararon todas las instituciones benéficas municipales en Vitoria puede suponérseles al menos a favor de la hospitalización.

La pérdida de todo poder de los practicantes dentro del hospital fue independiente y se inició con anterioridad al interés de los médicos por incorporarse al hospital.

La degradación del practicante resulta más llamativa en cuanto que provenían de una figura, el Enfermero Mayor, que gozó de un poder casi total. En este sentido, planteamos que el Enfermero Mayor, a pesar de su nombre, adoleció de verdadera conciencia enfermera, lo que llevó a sus herederos, los practicantes, a regresar a la estela de los cirujanos menores sin ser capaces de aprovechar el techo de poder que había tenido el Enfermero Mayor.

Con ello se rompía una tradición de cuatrocientos años de actividad masculina vinculada a la enfermería en manos del hospitalero. Lo que quedaría confirmado con la disgregación de las actividades del Enfermero Mayor entre la Madre Superiora, el Practicante y las Hijas de la Caridad, que sentenció una separación de actividades enfermeras básicas e instrumentales en oficios y en géneros diferentes.

En Vitoria no llegamos a documentar el conflicto entre Practicantes y Enfermeras a raíz de la oficialización de éstas a partir de 1915, si bien desde la creación del Colegio de Practicantes se observa una activa defensa de la profesión en las revistas.

Esto último nos lleva a plantearnos el papel que pudo haber tenido en la degradación del practicante en Vitoria, la ausencia de una organización profesional hasta el siglo XX, cuando ya habían perdido toda autoridad en el Hospital.