

Universidad CEU Cardenal Herrera
Departamento de Enfermería



“La asistencia sanitaria, los cuidados y la profesión enfermera en Valencia, durante la segunda mitad del siglo XIX”

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Estefanía del Rey Corado

Dirigida por:

Dra. Esperanza Ferrer Ferrándiz

Dr. Juan José Tirado Darder

A mi gran familia

Mis padres y hermana, Rosa, Pepe y Gloria.

Fernando, Mar y Fer.

A mis amigos.

Por todo lo que me habéis aportado.

Por estar ahí.

1- INDICE

1- Índice-----	Pág 5
2- Prefacio -----	Pag 9
3- Introducción -----	Pág 11
4- Objetivos-----	Pág 17
5- Estado de la cuestión. -----	Pág 19
6- Marco teórico -----	Pág 23
7- Material y método-----	Pag 31
8- Desarrollo del tema - Resutados	
Primera parte:	
Capitulo 1: La evolución de los cuidados -----	Pág 35
1.A- Los orígenes de los cuidados-----	Pág 37
2.A- Cuidados y sociedad -----	Pág 38
3.A. Evolución de los cuidados a través de la historia de los conceptos de salud y enfermedad a lo largo de la historia -----	Pág 39
3.A.1: Prehistoria: 600.000 aC hasta 3500 aC -----	Pág 41
3.A.2: Edad antigua: 3500 aC hasta el año 476 dC -----	Pág 45
i- Los hebreos -----	Pág 47
ii- Egipto -----	Pág 48
iii- India -----	Pág 50
iv- Grecia -----	Pág 50

v-	Roma -----	Pág 53
	3.A.3: Edad Media: 476 d.C hasta 1453 d.C (siglo V al XV) -----	Pág 57
	3.A.4: Edad Moderna: 1453 d.C hasta 1789 d.C (siglo XV al XVIII) -----	Pág 63
	i- 1517: Reforma protestante -----	Pág 64
	ii- 1550-1650: siglo de oro de la enfermería -----	Pág 66
	3.A.5: Revolución industrial: Siglo XIX -----	Pág 68
7	3.A.6: Etapa de profesionalización de los cuidados: Siglo XX -----	Pág 72
	Capítulo 2: El siglo XIX: contexto socio político y su repercusión en la atención sanitaria-----	Pág 75
	2.A- Contexto socio político a nivel mundial -----	Pág 77
	2.B- Contexto socio político a nivel nacional. Su repercusión en la sanidad española -----	Pág 79
	2.B.1: Invasión Napoleónica y Guerra de la Independencia: 1808-1814 -----	Pág 83
	2.B.2: Periodo Absolutista: Sexenio absolutista y Trienio liberal: 1814-1833-----	Pág 86
	2.B.3: Periodo Liberal: 1833-1868 -----	Pág 89
	2.B.4: Periodo Revolucionario: 1868-1874 -----	Pág 95
	2.B.5: Restauración Borbónica: 1874 – 1902 -----	Pág 95
	2.C- Valencia en la segunda mitad del siglo XIX -----	Pág 97
	2.C.1: Contexto socio-económico -----	Pág 101
	2.C.2: Contexto demográfico -----	Pág 102
	Capítulo 3: Principales Instituciones sanitarias del siglo XIX -----	Pág 105
	3.A- Principales Instituciones -----	Pág 107
	3.B- La beneficencia y su regulación legislativa-----	Pag 114

3.C- La Diputación de Valencia-----Pág 127

Segunda parte:

Capítulo 4: La organización de la asistencia sanitaria y los cuidados en Valencia durante la segunda mitad del siglo XIX -----Pág 131

4.A- Casa de la Misericordia -----Pág 148

4.B- Casa de la Beneficencia -----Pág 154

4.C- El Hospital Provincial de Valencia -----Pág 158

4.D- Otros centros asistenciales de la ciudad de Valencia -----Pág 174

4.E- Los protagonistas de los cuidados -----Pág 176

Capítulo 5- La organización y regulación legislativa de las profesiones sanitarias en el siglo XIX.

Formación de los profesionales sanitarios en Valencia --- -----Pág 181

5.A- Legislación que regula la docencia durante el siglo XIX -----Pág 183

5.B- La Facultad de Medicina en Valencia. Su relación con los estudios enfermeros -----Pág 204

5.C- Primeros manuales -----Pág 209

9- Discusión de resultados -----Pág 213

10- Conclusiones -----Pág 223

11- Bibliografía -----Pág 227

12- Listado de anexos -----Pág 237

13- Tablas y figuras -----Pág 279

2- PREFACIO

Dado que esta es una tesis de historia, después de leer tanta historia y escribir tanto sobre ella, me voy a permitir empezar la misma, contando la suya propia.

No era uno de mis planes hacer una Tesis Doctoral, pero siempre tienes en tu camino gente que te anima y confía en ti. Este es el caso de una de las directoras de la tesis. Ella no sabía que al final acabaría dándole tanta faena, pero Esperanza Ferrer fue realmente la que despertó en mi ese pensamiento de: “¿y si me animo?, De momento no la necesito, pero..., podría estar bien...”. Y ese pensamiento siguió dando vueltas y vueltas, hasta que cogió cuerpo.

La historia no era mi primera opción, tengo que reconocerlo; esta iba a ser una tesis de psicología y de terapia asistida con animales, y aquí aparece otra de las personas que creyó en mi: Mila, mi Directora de proyecto, veterinaria entusiasta e historiadora. Mientras trabajábamos en el boceto del proyecto aparecieron unas oposiciones de enfermería en medio del camino, y la obligación de prepararlas, por lo que había dos opciones: o dejar uno de los proyectos, ya que mi primera idea de Tesis requería mucho trabajo de campo, o cambiar el rumbo. Y aquí Mila sugirió la siguiente idea: “¿por qué no escribes de la historia de la enfermería en Valencia?”. Muchos de los que leáis este documento posiblemente habréis pasado por las asignaturas de historia de nuestras carreras, en mi caso la de enfermería y la de psicología y, sinceramente, no me motivaron tanto en su momento como para hacer una tesis. Pero bueno, había que valorar la opción. Empecé a revisar, buscar, investigar qué había hecho ya... Bueno, pues no era tan descabellado. Creo que fue la sensación de poder disfrutar estudiando la historia de mi profesión, después de 20 años de experiencia, y mezclar esto con el poder conocer mejor mi ciudad, sus edificios y su historia, lo que consiguió engancharme. Requería trabajo de archivo y mucho esfuerzo, pero jugaba a mi favor la enorme digitalización y acceso informático con el que contaba ya en ese momento.

Y ahí que nos pusimos a trabajar. Primero las oposiciones; tampoco hubo suerte esta vez. A por el siguiente proyecto al cien por cien.

Es en esta parte de la historia en la que entra en juego mi segundo Director de Tesis, Juanjo Tirado, gran enamorado y defensor de su profesión, la enfermería, y que desde el primero momento puso toda su ilusión y energía en el proyecto que le presenté.

Vale, ya estábamos todos. Por esta época ya era mayo del 2014, había que ponerse en marcha.

Esta es la historia del nacimiento de mi tesis, una tesis definida por mi en muchas ocasiones como “una tesis en familia, una tesis de sofá”. Porque la segunda parte de la historia es la que afecta a dos niños que han aprendido a multiplicar a la vez que su madre escribía este texto. Son muchas las horas las que le robamos a la familia, cuando nos embarcamos en estos proyectos, pero ellos también aprenden que hay que seguir trabajando y estudiando, seguir creando. Fernando, Mar y Fer, tengo muchos minutos que compensaros.

Ya está, creo que ya he hablado en primera persona de todo lo que tenía y quería contar, ahora voy a intentar hablar de los demás, de los que crearon la historia desde los primeros tiempos hasta llegar al siglo XIX. Siglo que para nada conocía en profundidad y menos mal, porque creo que si llego a conocer la cantidad de cambios políticos, legislativos y sociales que tienen lugar en él, me centro en la Edad Media. Pero era el siglo más cercano a nosotros, y desde el punto de vista de la profesionalización de la enfermería, el que más me podía aportar, y así ha sido. Finalmente, un gran acierto.

Por último, no quiero ni puedo dejar de agradecer a mis padres haber creído siempre en mí, haber apostado por los estudios de sus hijas. Seguro que mi padre hubiera sido el primero en animarme y apoyarme, y en cierto modo lo ha hecho; no la ha podido ver, pero la habría disfrutado.

3- INTRODUCCIÓN

“Nos enfrentamos a un reto como es el de intentar escribir e investigar sobre la historia de nuestra profesión, partiendo de un concepto de historia que la convierte en una base fundamental de la cultura de nuestra profesión. No es posible concebir un miembro de una comunidad social, en este caso profesional, sin el conocimiento preciso de su historia. Ya que el conocer nuestras raíces nos va a permitir comprender el presente y ayudar a forjar un futuro más consistente”. (Gregorio Delgado García, 2010).

Nuestro primer paso en el camino a la hora de escribir esta tesis consistió en elegir el tema, ya que al ponernos a escribir y a pensar en el trabajo que teníamos por delante, se nos iban los ojos hacia muchos temas, con ganas de saber de todo y hablar un poco de cada cosa. Tras este primer paso, decidimos centrar el tema en intentar conocer mejor como se desarrollaron los cuidados en nuestra ciudad, pero hace dos siglos, en el siglo XIX. Nos motivó el tema de volver atrás en el tiempo y poder observar, a través de todos los textos y documentos a consultar, cómo vivieron nuestros conciudadanos de ese siglo los cuidados que se prestaban a la salud, dónde se prestaban y quiénes lo prestaban.

Hemos intentado ir recopilando todos aquellos artículos y documentos en los que se trata el tema tanto de los cuidados en el momento histórico elegido, como las opiniones y reflexiones respecto a la importancia de mirar hacia atrás en una profesión para poder saber hacia dónde dirigirnos. Existe unanimidad en todos estos documentos en la importancia que se le da a la decisiva influencia que tiene el contexto histórico, el momento social, en el desarrollo de la aplicación de los cuidados. Es un tema en el que insistiremos a lo largo del documento, ya que lo plasmaremos en muchos de sus puntos: es determinante para entender los cuidados, su utilidad en el grupo y su relevancia, conocer qué concepto se tiene en cada uno de los momentos tanto de la salud como de la enfermedad, sus orígenes, su papel en la economía. En el recorrido realizado hemos podido ver cómo la salud pasa a ser sinónimo de supervivencia, de mantener la vida dentro de la tribu; a ser un valor social, ya que la industrialización necesita hombres sanos, y los hombres necesitan estar sanos para poder trabajar y sobrevivir.

Todos los pueblos, desde las primeras luces de la humanidad, han tenido sus personajes expertos en el “arte” de sanar, y sus prácticas han ido evolucionando desde un conocimiento transmitido verbalmente, con unas nociones rudimentarias heredadas, hasta una aplicación profesional y científica de los cuidados. Todos estos protagonistas han ido adaptando su forma de actuar a las demandas de las diferentes sociedades que, si

nos paramos a pensar, no se diferencian tanto desde el inicio de los tiempos hasta el momento. Sí que cambian los medios disponibles, los materiales y la formación empleada.

Con el fin de plasmar todos los contenidos descritos y llegar al objetivo de adentrarnos en el escenario de los cuidados en nuestra Valencia del siglo XIX, hemos desarrollado el apartado central de resultados en cinco capítulos. Capítulos que, como creo que todos los que se han embarcado en la escritura de una tesis habrán experimentado, han ido creciendo, disminuyendo, variando de contenido, forma y estructura hasta casi el último momento.

A su vez, estos capítulos los podemos separar en dos partes, ya que, en la primera de ellas, en la que se incluyen los tres primeros capítulos, nos centramos en la recogida de información que nos permita contextualizar y conocer este camino de nuestra profesión que, como ya hemos defendido, nos va a permitir ver su evolución y entender dónde nos encontramos. En el primer capítulo hemos hecho un recorrido histórico por la profesión enfermera. Con este recorrido sobre todo pretendemos apoyar la tesis defendida de que nuestra profesión ha existido desde el principio de los tiempos y que ha ido de la mano de la historia, cambiando, avanzando y retrocediendo como reflejo de los cambios políticos, sociales y de la visión de la salud y la enfermedad a lo largo de la misma. Para ello hemos intentado seguir el mismo esquema a lo largo de todas las etapas y escenarios de la historia: en primer lugar, ver cómo estaba organizada la sociedad y cuál era su estructura básica; cuál era el concepto en cada momento de la salud y la enfermedad, pero sobre todo de sus orígenes, ya que este aspecto se demuestra determinante para entender las acciones de cuidado que se han puesto en marcha en cada momento. Vamos a ver en este capítulo cómo avanzamos desde un concepto de enfermedad como castigo de los dioses, ante el cual las únicas acciones posibles de cuidado estaban relacionadas con ritos y exorcismos, hasta un concepto de enfermedad con origen en el interior del cuerpo y como consecuencia de factores externos tan controlables como la higiene y la salud pública, que hacen que el campo de los cuidados se abra como un enorme abanico, dando lugar poco a poco a su profesionalización y a la conversión progresiva en el arte que hoy conocemos. Describimos la historia de los cuidados desde cuando no eran considerados como tales, hasta su consideración como profesión, resultado, entre otros muchos factores, de toda la legislación reguladora, siendo el siglo XIX un siglo clave en esta legislación y que culmina en 1857 con la Ley de Instrucción Pública.

En el segundo capítulo de la tesis nos hemos centrado en el siglo XIX, en su historia y sus movimientos políticos y sociales. Sinceramente, creo que no era consciente del siglo en el que nos introducíamos hasta que hemos profundizado en el mismo. Son varios los cuadros resúmenes los que hemos elaborado en este capítulo, ya que nos hemos encontrado con un siglo con gran diversidad de cambios sociales y políticos, tanto a nivel

mundial como a nivel nacional. Este capítulo lo dedicamos a hacer un recorrido por todos estos acontecimientos, primero desde una visión mundial, para pasar a una nacional y acabar intentado hacer una foto de la Valencia del siglo XIX, de su población, su urbanismo y los acontecimientos políticos que más directamente la afectan. Pese a ser un capítulo con un contenido menos próximo al aspecto del cuidado, hemos intentado en cada uno de los momentos históricos y acontecimientos principales del siglo, buscar las repercusiones de estos en los temas relacionados con la salud, tanto respecto de la legislación como de la importancia de la salud y su mantenimiento. Es un siglo marcado por acontecimientos como las medidas desamortizadoras, que tienen unas consecuencias enormes y directas sobre la salud de la población, ya que ocasiona un giro de 180 grados en la organización y puesta en práctica de los cuidados enfermeros, sobre todo en los protagonistas de los mismos. En este capítulo, en el apartado en el que nos centramos en el contexto socio-histórico de la ciudad de Valencia han sido fundamentales las publicaciones de J. Bautista Pesset, figura clave en la medicina valenciana del siglo XIX y que dedica muchas de sus publicaciones a la exhaustiva descripción tanto del entorno social como demográfico y sanitario de la ciudad.

El tercer capítulo lo hemos dedicado a la descripción de las instituciones organizativas que marcan el siglo XIX. Veremos en ellas también un cambio continuo y hasta a veces excesivo, ya que vemos cómo algunas de las formaciones encargadas de la regulación de la sanidad del momento aparecen y desaparecen varias veces en un breve periodo de tiempo. Esta inestabilidad tiene, junto con todos los acontecimientos políticos y sociales, una repercusión negativa en general en el desarrollo de las ciencias de la salud en general, que, al igual que el resto de ciencias, necesitan de cierta estabilidad para poder avanzar y afianzar sus estructuras, conocimientos y progresos. Vamos a ver estas estructuras y a dedicar una especial atención al tema de la beneficencia, ya que hablar del siglo XIX y de la asistencia sanitaria en el mismo es prácticamente un sinónimo de la palabra beneficencia. En este apartado concreto del capítulo intentaremos recoger las principales normas que regulan la beneficencia a lo largo del siglo XIX y sus consecuencias directas de las mismas sobre la asistencia prestada a los ciudadanos.

La segunda parte de los resultados está compuesta por los capítulos cuatro y cinco, que se centran en el contexto físico y cronológico de la tesis: la Valencia de la segunda mitad del siglo XIX. El cuarto capítulo se introduce de lleno en los centros asistenciales presentes en Valencia durante el siglo XIX y la información que hemos conseguido recopilar sobre los cuidados que en ellos se prestaban, cómo estaban organizados, así como los protagonistas de su práctica. Es cierto que, como nos ha ocurrido a lo largo de prácticamente todo el documento, ha sido imposible centrarnos en los hospitales y demás centros asistenciales de la segunda mitad del siglo, ya que esto significaría habernos quedado a mitad camino. Lo más atractivo de la totalidad de estos

centros es su historia, su evolución y cómo poco a poco van evolucionando, juntos o de forma independiente, hasta los centros que llegan a perdurar en la segunda mitad del siglo XIX. En este punto del trabajo han sido fundamentales los documentos localizados en el Archivo de la Diputación de Valencia, puesto que bajo su responsabilidad estaba la organización y gestión de los mismos, lo que nos ha permitido localizar memorias y reglamentos que nos han aportado la información necesaria para hacernos una idea de cómo estaban organizados estos cuidados, y sobre todo, quién los impartía y el status de estos profesionales. Es en este punto en el que nos hemos encontrado con la utilización de la denominación de enfermeros/as para referirse a personal de estas organizaciones con una consideración muy baja, con unas funciones asignadas muy alejadas de las que hoy conocemos. En este capítulo y en el siguiente, en el capítulo cinco, dedicaremos un importante espacio a las diferentes denominaciones que han ido utilizando los distintos actores del cuidado. En estos dos capítulos hacemos una revisión cronológica de todos los términos con los que han sido denominados a lo largo de los años los profesionales encargados de los cuidados o de muchas de las técnicas relacionadas, como eran la sangría o los cuidados de la boca. Insistiremos en la dificultad que había, ante la gran diversidad de términos diferentes, de delimitar las funciones de cada uno de los personajes implicados en la asistencia de los ciudadanos, dificultad que se plasmaba en los papeles, y que tiene un claro reflejo en la gran cantidad de planes de estudios y normas que regulan la docencia de las ciencias de la salud durante este siglo, y que tenían un perfecto reflejo en la práctica diaria: si sobre el papel era difícil delimitar y diferenciar las múltiples ocupaciones, más difícil era establecer un orden y control sobre todos los protagonistas en el día a día en plena actividad, de ahí los continuos problemas de intrusismo y los intentos de delimitar con normas las funciones y condiciones de cada uno de esos protagonistas.

Con lo que hemos leído para iniciar y centrar nuestro trabajo son muchas las preguntas que nos surgen antes de sumergirnos en el trabajo de la tesis, interrogantes que nos gustaría poder responder al finalizar la misma:

- ¿están los cuidados enfermeros influenciados por el momento histórico, social y económico que les rodea?
- ¿existe una clara cuestión de género en todo lo relacionado con los cuidados?
- ¿juega la Iglesia y sus representantes una función tan importante en el desarrollo de los cuidados?
- ¿hemos aprendido de nuestra historia?
- ¿por quién eran atendidos los enfermos en la Valencia de la segunda mitad del siglo XIX?
- ¿dónde eran atendidos estos enfermos?
- ¿eran atendidos todos por igual o influía la clase social a la que se perteneciese?

- ¿donde estudiaban estos profesionales?

De estos interrogantes nos planteamos las siguientes hipótesis:

- Los cuidados vienen determinados por el contexto, por el momento histórico, político y social de cada época, así como por la visión de la salud y de la enfermedad que en ella se tenga.
- La acción del cuidado ha sido y sigue siendo una práctica vinculada al género femenino.
- Aunque físicamente los lugares de atención de los enfermos en la mitad del siglo XIX distaban de los nuestros, pensamos que sí que existe una concordancia entre los perfiles profesionales de las personas encargadas del cuidado de finales del siglo XIX con el momento actual.
- La Iglesia y sus representantes han jugado un papel importante en la evolución de los cuidados enfermeros, fundamentalmente en la etapa pre-profesional.

4- OBJETIVOS

Tomando como referencia los interrogantes y las hipótesis anteriormente citadas, planteamos el objetivo general de la tesis que es describir la realidad del cuidado y de la profesión enfermera en Valencia durante la segunda mitad del siglo XIX.

Para alcanzar este objetivo, nos planteamos el desarrollo de los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el contexto mundial y nacional en los años objeto de estudio, resaltando los principales acontecimientos que lo marcan y las consecuencias de los mismos en la asistencia sanitaria de la época.
- Relacionar la Valencia del siglo XIX y su contexto histórico-social con las principales estructuras sanitarias de la ciudad.
- Conocer las diferentes denominaciones otorgadas a los profesionales dedicados al cuidado de la salud durante el periodo estudiado, así como sus funciones y su evolución.
- Describir la legislación que regula la docencia de las ciencias de la salud durante el siglo XIX en España.
- Recoger los principales planes de estudios que se encadenan a lo largo del siglo y su repercusión sobre la profesión enfermera y la organización de sus estudios.
- Constatar la vinculación del género femenino a la acción del cuidado.

5- ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como cita M^a del Carmen Carrasco y otros compañeros, “La identidad es un aspecto fundamental para el auto-reconocimiento dentro de un grupo profesional, junto al aspecto histórico como instrumento de toma de conciencia de la evolución de la profesión y de la necesidad de cambios generadores de desarrollo” (Carrasco Acosta, Márquez Garrido, & ArenasFernández, 2005).

Otras autoras, siguiendo en la misma línea, insisten en la importancia del estudio de la historia y de la evolución de la enfermería para poder llegar a comprender la situación en la que se encuentra actualmente la profesión dentro de la sociedad, cómo ha evolucionado la disciplina y la construcción de su cuerpo de conocimientos. En nuestra historia podemos encontrar la mayoría de las causas que explican muchas situaciones actuales, y sólo buscando entre los motivos que las originaron se pueden entender, modificar y mejorar (Francisco del Rey,C; Benavent Garcés, M^aA; Ferrer Ferrandis,E, 2009).

Esta afirmación es repetida en múltiples publicaciones, que insisten en la trascendencia del conocimiento de nuestro pasado como punto indiscutible para entender nuestro presente y mejorar nuestro futuro.

Una muestra más a favor de estas reflexiones la encontramos en uno de los múltiples artículos de José Siles, en el que directamente se plantean dos hipótesis de investigación que corroboran todos los comentarios anteriormente citados : “ El desarrollo de la enfermería es directamente proporcional al desarrollo socio-político y económico de la sociedad en general” y “El conocimiento del pasado contribuye a la comprensión del presente y, por lo tanto, ignorar el pasado dificulta la interpretación de situaciones y circunstancias relativas tanto a la actualidad como al futuro” (Fernandes de Freitas, G; Siles González, J, 2008).

La medicina, como todas las demás artes, fue inventada por el hombre y siempre existió en el mundo, habiéndola introducido la necesidad que tenía de librarse de las enfermedades y haciéndola progresar sus deseos de adquirir la salud perdida. Esta misma reflexión la podemos aplicar a la enfermería. J.B. Pesset escribe sobre el origen de la medicina de una forma que nos podemos imaginar muy similar a la del origen de la Ciencia enfermera. A lo largo de una de sus principales publicaciones podemos ver cómo la enfermería ha existido desde el principio de los tiempos, pero, del mismo modo que la medicina aparece ante la necesidad de los hombres de librarse de las enfermedades, de recuperar la salud, la enfermería aparece ante la necesidad de los hombres de recibir cuidados durante estas enfermedades. En el inicio de su andadura como arte o como ciencia, la

enfermería aprendió por ensayo y error y por repetición aquellos actos que conseguían los objetivos deseados. No fue la razón, si no la experiencia, la que inició ambas ciencias: “la medicina es el conjunto más o menos copioso de conocimientos que sirven para curar al hombre enfermo y prolongar la vida del sano, y bajo este concepto se la admite coetánea de los primeros hombres; lo mismo que médicos eran cuantos cultivaron este arte benéfico, ora asentando sus bases, ora haciendo aplicaciones al enfermo, independientemente de si obraron por gusto o utilidad y siquiera curasen con el más tosco empirismo” (Pesset y Vidal, 1876)

Son muchos los enfermeros y médicos que a lo largo de los últimos años han encontrado en la historia de las ciencias de la salud un rico campo de trabajo y de investigación. Trabajo del que encontramos ya en la actualidad multitud de publicaciones y tesis doctorales encaminadas a conocer la historia de nuestra profesión, insistiendo todas ellas y coincidiendo en la visión de la necesidad de conocer nuestro pasado para entender y mejorar nuestro presente.

A lo largo del documento iremos citando y referenciando a muchos de estos autores, dejándonos seguro, de forma involuntaria, alguno por el camino. Como hemos comentado son muchos los enfermeros que han trabajado el tema, aunque consideramos necesario resaltar aquellos de los que más aportaciones hemos aprovechado, entre los que tenemos que resaltar a J. Siles y a F. Hernández, entre otros.

Pero nuestra tesis se centra en la ciudad de Valencia, y por ellos hemos profundizado también en autores que se adentran más en la actividad sanitaria de la ciudad y los aspectos que la rodean. Nos ha sorprendido que, aunque no son muchos los autores que se centran geográficamente en ella, sí que hemos encontrado profesionales tanto de la enfermería como de la medicina, que han centrado sus tesis doctorales y publicaciones en este campo y en este marco geográfico, pero no centrándose en el marco temporal que nosotros hemos elegido, la segunda mitad del siglo XIX.

Podemos citar entre ellos a enfermeros como Amparo Nogales y Mercedes Vilar, que centran sus Tesis en la ciudad de Valencia y aspectos de su sanidad: “La Sanidad Municipal en la Valencia Foral Moderna 1479-1707” y “El Hospital General en la Valencia Foral Moderna (1600-1700)” respectivamente. Tesis que se ven ampliadas con multitud de artículos y publicaciones que tratan el tema a estudiar. En este caso, sí que nos hemos encontrado con referencias de las autoras a los cuidados y a los profesionales responsables de ellos.

Pero como hemos dicho, también son muchos los profesionales de la medicina que dedican sus escritos a la organización sanitaria de la ciudad de Valencia a lo largo de la historia, como pueden ser J.B. Pesset, M. Gallent y J. Lopez Piñero, entre otros, a los que citaremos en múltiples ocasiones a lo largo del documento. Y también hemos encontrado un trabajo del campo de la salud que se centra en Valencia y recoge en su época de

estudio la segunda mitad del siglo XIX, y es la Tesis Doctoral de la Dra. Carmen Barona, que profundiza en las políticas de salud de la sanidad valenciana entre 1855 y 1936. Todos estos documentos nos han sido sumamente enriquecedores para el desarrollo de nuestra tesis, fundamentalmente en lo que a marco contextual se refiere, ya que las alusiones encontradas en ellos a los cuidados enfermeros son mínimas.

6- MARCO TEÓRICO

Dice la filósofa Agnes Heller «la historia habla de los hechos que suceden vistos desde fuera, y las memorias hablan de lo que sucede visto desde dentro» (Heller, 1991).

La investigación histórica constituye una de las ramas más importantes del desarrollo del conocimiento humano. Nos permite reconstruir el pasado de una manera más objetiva y como consecuencia de la misma, nos facilita también en muchas ocasiones entender fenómenos del presente, establecer soluciones y en muchas ocasiones, dibujar mejor el futuro.

Este tipo de investigación, en la que las fuentes que sustentan el trabajo del investigador son hechos vividos por nuestros antepasados, hay momentos en los que nos podemos encontrar con cierta incertidumbre y complejidad, ocasionadas por el intento de hacer una transcripción rigurosa de lo fenómenos históricos que se acometen en la investigación, dado que estos ocurrieron en tiempo pasado.

Podemos citar a Messina y decir que “la historia es el resultado científico de la memoria colectiva y que concretamos en la memoria social de los grupos humanos, de sus formas de vida, de las relaciones como grupo, de la manera de entender los fenómenos y de dar respuesta a ellos, en un tiempo acotado y en diferentes contextos” (Messina, 2000).

Las acciones humanas, complejas y dinámicas, construidas con el concepto de tiempo de Heidegger, las podemos definir “como una sucesión de horas”, que siempre dejan rastros, huellas, registros, que nos permitirán entender o comprender como se vivía o vieron en las épocas pasadas.

A lo largo del siglo XIX la Heurística y la Hermenéutica, nos permitieron el estudio del hecho histórico. La Heurística, cuya finalidad es ir un paso más allá de la localización de las fuentes empleadas, aporta una manera concreta de poder organizar los índices, archivos y catálogos, entre otros, nombrados genéricamente como “auxiliares heurísticos”.

Por su parte, la Hermenéutica, que etimológicamente hablando, es fruto de la suma de las palabras *hermenuo* “yo descifro” y *tekhné* “arte “y el sufijo *tikos*” sinónimo de relacionado a”, es el arte en la interpretación de textos. La Hermenéutica confiere a la investigación histórica un soporte básico, dado su estudio crítico y profundo de la fuente. Giddens y su concepto de la doble hermenéutica, como principio básico de la ciencia social, plantea la siguiente tesis “... *la doble hermenéutica es tanto la recursividad mutua de la realidad y del discurso como el hecho de que para interpretar lo que los actores sociales hacen es preciso*

interpretar las propias interpretaciones que los sujetos tienen de la situación" (Giddens, 1993). Por ello, se habla de una interpretación de segundo grado, o de una doble hermenéutica, como característica de las ciencias sociales.

El concepto de tiempo va a ser una pieza clave para poder entender los fenómenos históricos. La historicidad, entendida como un apartado de la filosofía, queda enmarcada como la contemplación del tiempo como proyección del ser humano, en el que la actividad generada por este, forma parte de la historia. Dentro de la conceptualización encuadrada en las ciencias sociales, la historicidad se presenta como un término complejo, Gadamer nos acerca a la historicidad del interprete o del investigador, dado que este cuando hace una aproximación al hecho o texto, lo hará desde la óptica de su propia situación o interés. Según este autor la historicidad de un concepto o término, hará referencia al entramado que se da en las relaciones políticas, sociales, culturales, en el que emergen los conceptos y en el que se establecen sus significados (Gadamer, 1966).

La sociología de la vida cotidiana, pretende ser un giro copernicano respecto a la sociología tradicional, se trata de una sociología que tiene en su centro al hombre y sus necesidades radicales. La existencia de estas necesidades es la que da a la sociología de Heller un carácter revolucionario. Son necesidades que surgen de la esencia del hombre, pero que no pueden ser consideradas como subjetivas, que nacen del hombre concreto, inserto en un sistema. Agnes Heller plantea su triple visión *historiográfica*, como resultado de la conjunción de tres elementos: la teoría de Popper, el saber de Khun , aunque ambas son divergentes, pueden armonizar si se aplican como dice la autora en niveles diferentes y con la combinación del tercer elemento, que es su teoría de los valores.

Adentrarse en el estudio de la historia y evolución de los cuidados y las personas que a lo largo de la historia se han dedicado a ellos es fundamental para comprender la situación en la que se encuentran, la profesión dentro de la sociedad y la disciplina en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos.

En nuestra historia, están las causas de la mayoría de las situaciones actuales y solo buscando los motivos que las originan se pueden modificar, mejorar y construir un futuro adecuado a las necesidades sociales. Si no se conoce el pasado, no se sabe de dónde se viene, hay dificultades para identificar donde se está y difícilmente se puede elegir hacia donde se quiere ir. El conocimiento desde la perspectiva histórica de una realidad, es fundamental para conocer con exactitud esa realidad, es a lo que Miguel de Unamuno se refiere como *la intrahistoria*.

Con este objetivo, nuestro marco teórico se sustenta en el análisis sobre la base de las premisas siguientes:

- La importancia de estudiar los fenómenos claves para el desarrollo de la enfermería, pues a través de ellos se puede explicar y comprender la evolución que ha ido experimentando, superando en cierto modo la historia episódica o de acontecimientos cuando solo aporta explicaciones a situaciones coyunturales.
- La enfermería, al igual que cualquier otra profesión, es un producto social que adopta en cada época de la historia la forma que le es posible en las circunstancias de referencia. Por ejemplo, *la enfermería religiosa* fue la única posible en las circunstancias sociales en las que surge y se desarrolla.
- La necesidad de interpretar y relacionar los datos sin hacer concesiones a los hechos concretos, pero sin olvidarlos; sin perder de vista los ciclos largos, pero concretando el análisis en ciclos cortos; sin olvidar el análisis cuantitativo, pero sin que la recolección de datos se convierta en un fin en sí mismo.

Aproximaciones teóricas: Fenomenología

Nos parece importante partir en este apartado del concepto de Constructivismo, desde una perspectiva filosófica, como una corriente de pensamiento, que tiene sus principios en el método fenomenológico de Husserl y que fue aplicado posteriormente en ciencias sociales por Schutz, Berger y Luckmann.

Para Husserl, la experiencia humana posee una estructura significativa, planteando que las personas son responsables de ellas mismas y de su cultura, la reducción fenomenológica eidética (supresión de las creencias) plantea que lo objetivo solo puede ser considerado como significativo, cuando la conciencia se dirige a él. Por su parte, Heidegger desarrolla la fenomenología ontológica como método de investigación, dado que la experiencia vivida en sí misma es un proceso interpretativo, este autor coloca a la persona como un ser temporal, enmarcado en el tiempo, pero entendido este concepto como no lineal sino como una sucesión infinita de "ahoras". Esta forma de conceptualizar el tiempo es el constitutivo del ser o existencia. Si pensamos en el concepto de tiempo como algo lineal, nos dificultará la comprensión de la continuidad o transición, dado que estaríamos hablando de seres atemporales y estáticos (Ferrer, 2003).

El tiempo también está considerado como una dimensión del ser y de la relación de este con las cosas. “Entre las cosas, el futuro no es aun, el pasado ya no es, solamente el presente es; cada presente afirma la presencia de todo el pasado que suplanta y anticipa lo que vendrá” (Merleau-Ponty, 2000).

A pesar de ello, esa visión ontológica de Heidegger y Merleau-Ponty sobre el concepto de tiempo, podemos constatar que es diferente a la que predomina en la sociedad y en el ámbito de las Ciencias de la Salud (Ferrer, 2003).

Parafraseando a Prigogine *“no puede comprenderse un sistema complejo más que refiriéndose a su historia y a su transcurso”* (Prigogine, 2002)

Los sistemas complejos nos permiten la coexistencia de fenómenos, donde el orden y el desorden se entrelaza, a veces con melodías armónicas y disarmónicas, el tiempo donde estos cohabitan es irreversible, pero pueden producir fenómenos reversibles (Ferrer, 2003).

El ser humano es un sistema autopoiético, que tiene la potestad de autogenerarse, de ser autónomo, que interacciona y se interrelaciona, cuya organización particular le identifica y le caracteriza como ser vivo (Maturana, 1977). El conocimiento, según Maturana, opera solo desde el interior como un sistema determinado mediante sus propias estructuras, significado que hace que el observador no pueda dar explicaciones de la realidad, si no solamente de aquellas que han sido generadas por el mismo.

Schutz, autor inspirado en las tesis de Husserl, conduce la filosofía fenomenológica al ámbito de lo social, dirigiendo su mirada hacia el mundo del sentido común, postulando que defiende y argumenta planteando que el acto de la observación en sí mismo no es neutro, sino que siempre presupone una interpretación de la acción. La realidad que vivimos no es más que la relación que se establece entre las cosas con la parte emocional de la vida del actor (Schutz, 1972).

Historiografía y género.

En las referencias históricas tradicionales desde teorías positivistas y de rasgos andocéntricos, no encontramos muchas referencias a las mujeres, sobre todo si se enfoca desde un ámbito científico, pues estas estuvieron ocultas, excluidas de protagonismos históricos, o políticos.

Desde una perspectiva historiográfica vemos que empiezan a emerger, cuando se trata de disciplinas como la sociología, antropología, psicología, pues comienza a surgir todo un saber, motivo de reflexiones en

temas fenomenológicos, ligados al lenguaje, el cuerpo, el mito y los niños entre otros. Sin embargo, cuando nos adentramos en la historia de los cuidados, constatamos que estamos hablando de historia de mujeres, pues como ha quedado recogido en muchos estudios: la mujer de una forma u otra, ha estado siempre vinculada a la práctica de los cuidados, desde los primeros asentamientos humanos, vinculados en un primer momento a cuestiones domésticas y de acompañamiento al nacimiento y la muerte (Collière, 1993) .

Sin embargo, las verdaderas aportaciones en la Historia de las mujeres, tienen su origen en las estudiosas feministas (sobre todo angloamericanas), que permitieron la entrada de la mujer, como grupo social en la historia.

Muchas disciplinas, como la sociología, la economía, la ciencia política, la psicología, la antropología y la historia entre otras han desarrollado teorías feministas. Podemos decir que la teoría feminista recogida por la antropología y la historia, han intentado y por ende han conseguido sacar de la invisibilidad a las mujeres, resaltar su papel en la sociedad. Crean alrededor de ellas un campo novedoso de conocimientos, que dan explicación en muchos casos a hitos o fenómenos históricos. La teoría feminista como cuerpo teórico coloca en el centro de las investigaciones a las mujeres, aflorando, en muchos casos su discriminación, explotación, dominación y marginalidad.

Hablar de feminismo hace que nos adentremos en la transformación de las relaciones y roles de poder, entre hombre y mujeres, siendo esto necesario para poder interpretar de manera más objetiva la asistencia a los enfermos y los perfiles de personas dedicadas a ellos.

Aunque la conceptualización del género se introduce en la teoría feminista por los años sesenta, en el siglo XVII, ya aflora el concepto cuando Poulain de la Barre, en su obra *l'egalité de deus sexes* (1963), recoge la desigualdad que se da en la sociedad según el sexo, atendiendo no a la naturaleza de los mimos, sino a su relación directa con los factores sociales.

Desde una perspectiva Antropológica, parecería que a través de la historia se da en los estudios una cierta invisibilidad de la mujer y de lo femenino como ente con personalidad y características propias. Es bien cierto que la mujer está siempre presente, la frase de Malinowsky *“La antropología es el estudio de un hombre que abraza a una mujer”* así lo hace patente: la familia, el parentesco, las alianzas, lo doméstico, todos los aspectos de la cultura reflejan la presencia de la mujer, pero siempre en esa posición escondida, cuando no subordinada, invisible, ocultada por otras cuestiones que han sido de mayor interés para los científicos sociales (Malinowski, 1984). En realidad, la mujer sólo aparece en relación con el hombre, y esta relación es siempre de dependencia.

Joan Scott a finales de los años setenta conceptualizó el género, como una relación que se establece de poder y por ende jerárquica, que nos indica la supremacía masculina, frente a la subordinación femenina (Scott, 2008)

Moore (Moore, 1989) identifica tres aspectos que parece interesante destacar, como tres peldaños de dificultad o sesgos en la consideración específica de lo femenino:

- La visión personal del antropólogo, generalmente varón, con suposiciones y expectativas personales acerca del papel de la mujer en la cultura.
- El efecto de la visión de la mujer que se tenga en la cultura estudiada: si se considera que está subordinada, esta visión se transmite de forma inevitable al investigador.
- La sociedad occidental tiene una auténtica parcialidad ideológica, que observa las relaciones asimétricas, de diferencia, como pueden ser las de hombre y mujer, como relaciones de desigualdad.

Podríamos plantear que la falta de presencia de la mujer en la antropología, está motivada por el sesgo que le otorgan sus principales actores.

La incursión en este campo de mujeres que piensan como mujeres, hace nacer una nueva forma de “antropología de la mujer” que trata de elaborar explicaciones a la presencia (o ausencia) de la mujer en los estudios etnográficos, yendo más allá del planteamiento inicial según el cual lo importante sería analizar a la mujer no en relación de dependencia del hombre, sino en contraposición a éste: lo hace, lo que dice, etc.

Moore, identifica tres etapas en el camino recorrido por la antropología del género: una primera, en la que se enfoca el estudio hacia el androcentrismo y su crítica, iniciándose la “antropología de la mujer”, una segunda, de antropología “feminista”, en la que se analiza el concepto mujer como categoría universal de análisis, que abocó en una cierta marginalización de la mujer dentro de la antropología, lo que lleva a una tercera etapa, “antropología del género” en la que se deriva del estudio de la mujer al estudio del género, que avanza en la concepción teórica de las diferencias entre mujeres en todo el mundo.

Si nos retrotraemos a épocas pasadas, podemos constatar que las desigualdades de género en las actividades sanitarias, y desarrollo profesional, han crecido de forma diferente y con profundas desigualdades, según fueran hombre o mujeres los que realizaran las actividades.

Los sistemas relacionados con el género a lo largo de la historia, han construido profesionales sexuados, por lo que se constata que la medicina ha estado potentemente personificada por hombres y en oficios o profesiones entendidas como auxiliares de estos, por mujeres.

Cuando se plantean investigaciones de corte histórico alrededor del objeto de estudio, “el cuidado” la identidad profesional formara parte del núcleo principal de la misma, dado que esta, hace referencia a la construcción sociocultural resultante de los procesos de la interacción social que generan las personas y son definidas por las instituciones de manera conjunta. Esta identidad profesional no es un concepto estático, sino que va cambiando según el reconocimiento que le otorgan “los otros”, esta identidad profesional, hace que sea imprescindible, su conceptualización desde la historia y que sea estudiada teniendo presente, el contexto donde se desarrolló, así como los valores imperantes en dicho momento.

Podemos constatar que el proceso de marginación de la mujer en las profesiones sanitarias, no han sido ocultados, y en muchas ocasiones apoyados por gobiernos, que han dado como resultado el apoyo a los hombres, a lo que Ortiz denomina la jerarquización del género. Ejemplo de ello la expulsión de las mujeres de las actividades sanitarias cualificadas, podemos destacar un acuerdo de las Cortes Valencianas de 1329 documentado por Montserrat Cabré, en el que queda recogido, la prohibición de las mujeres a ejercer la medicina pero pueden profesar como cuidadoras de mujeres y niños. En el siglo XVIII pueden ejercer como matronas, pero no como cirujanas- comadronas, título este de mayor prestigio y categoría reservado al dominio masculino.

Estas breves aportaciones teóricas nos permiten centra más el objetivo de describir e interpretar el papel de las personas que se dedicaban al cuidado en el periodo de estudio de nuestro trabajo. Situación que queda plasmada cuando se estudia con una perspectiva histórica la evolución de los cuidados y la identidad profesional del mismo

7- MATERIAL Y METODO

Para poder llegar a la obtención de la información que nos permitiese cumplir los objetivos planteados, hemos llevado a cabo tanto una revisión de bases de datos, encontrando en las mismas diferentes artículos y documentos que se han revisado e incorporado, como la consulta de fuentes primarias de los principales archivos de la ciudad de Valencia.

El principal método de investigación histórica es el analítico-sintético, lo que implica la necesidad indispensable de analizar los sucesos históricos descomponiéndolos en todas sus partes, con el principal objetivo de conocer las raíces económicas, sociales, políticas, religiosas o etnográficas, y que nos puedan conducir a la reconstrucción y explicación del hecho histórico (Gregorio Delgado García, 2010); es por ello que a lo largo del documento hemos ido poco a poco intentando describir los principales factores sociales, políticos y demográficos, entre otros, que acontecían en los años de estudio, con el principal objetivo, como citaremos en múltiples ocasiones a lo largo del texto, de poder verificar una de nuestras principales hipótesis de trabajo, que es la completa vinculación entre estos acontecimientos y nuestro objeto de estudio: los cuidados que son prestados a la población, por quién y por qué. Dentro del método analítico-sintético, el método analítico corresponde a la parte heurística del proceso, en la que se busca y se descubre información sobre el proceso estudiado, trabajando fundamentalmente con fuentes escritas y orales. En nuestro caso, esta parte heurística está compuesta exclusivamente por fuentes escritas, tanto primarias como secundarias, entre las que podemos citar las siguientes, por ser las más relevantes.

Las bases de datos consultadas han sido principalmente: Dialnet, la Hemeroteca virtual española, CUIDEN de la Fundación INDEX, Scielo y Teseo.

También las diferentes bibliotecas de los principales centros con documentación relacionada con el objeto de la tesis, y bibliotecas virtuales de acceso libre:

- Biblioteca de la Universidad Cardenal Herrera-CEU.
- Biblioteca del Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación “Lopez Piñero”.
- Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.
- Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

- Biblioteca Virtual de CSIC.
- Biblioteca digital Cecova.
- Biblioteca digital Vivaldi.
- Biblioteca digital hispánica.
- Biblioteca digital de la Universidad Carlos III de Madrid.

Para las fuentes primarias recurrimos a la revisión de los fondos de cuatro de los Archivos de la ciudad de Valencia: Archivo del Reino de Valencia, Archivo Municipal, Archivo Histórico de la Universidad de Valencia y Archivo de la Diputación de Valencia, siendo este último en el que mayor cantidad de información hemos obtenido para nuestro trabajo, puesto que en él tenemos el gran privilegio de disponer de una enorme cantidad de información clasificada relacionada con la historia y actividad de los principales centros asistenciales de la ciudad de Valencia a lo largo de la Historia. Una vez revisada la información disponible en este Archivo, nos centramos en los fondos documentales relacionados con el Hospital General, la Casa de la Misericordia y la Casa de la Beneficencia, al estar depositados en él muchos de los documentos originales de reglamentos, memorias y otros documentos de interés de estos centros.

En todos los casos, se han realizado búsquedas utilizando las siguientes palabras clave: hospital, enfermero, enfermería, beneficencia, cuidado, practicantes; filtrando por ciudad (Valencia) y por fecha (siglo XIX).

Como submétodo de investigación histórica nos hemos decidido por el cronológico, ya que en nuestro caso, el conocimiento del desarrollo de los hechos por orden sucesivo de fechas es imprescindible para conseguir el objetivo planteado, consituyendo esta cronología un fin en si misma. A lo largo de los diferentes capítulos hemos realizado un recorrido histórico dividiendo los periodos en fragmentos de años que nos pueden ayudar a relacionarlos con los principales acontecimientos históricos y con la atención sanitaria que se presta.

Para la realización de los dos primeros capítulos las fuentes de datos han sido básica y exclusivamente las fuentes secundarias, porque con ellas hemos intentado hacer un recorrido tanto por la historia de la profesión enfermera y sus protagonistas, como por los principales acontecimientos históricos a nivel mundial y nacional que acontecen en el siglo XIX, todo ello con el objetivo de ir poniendo las piezas del rompecabezas que nos permitan entender el contexto socio-histórico que rodea al escenario de los cuidados prestados en el momento de estudio. En estos dos capítulos han sido fundamentales todos los artículos localizados en las

fuentes ya descritas así como los libros de compañeros e historiadores que han centrado sus trabajos en la historia en general y en la historia de la profesión médica y enfermera. Entre ellos podemos citar a J.M. Lopez Piñero, M. Gallent, A. Nogales, P. Donahue y J. Siles.

En la elaboración del resto de capítulos hemos utilizado también las fuentes secundarias, pero principalmente hemos recurrido a las fuentes primarias del Archivo de la Diputación, utilizando todos los reglamentos y memorias localizados para intentar reconstruir el escenario de los centros asistenciales de la Valencia del siglo XIX. En estos capítulos resulta fundamental la legislación que se ha ido recopilando y que ha resultado muy útil para conocer hacia dónde iban poco a poco encaminados los múltiples cambios que acontecían en el panorama profesional del siglo.

8- DESARROLLO DEL TEMA - RESULTADOS

PRIMERA PARTE



CAPITULO 1

La evolución de los cuidados

1.A- LOS ORÍGENES DE LOS CUIDADOS

La acción de cuidar, los cuidados y las personas destinadas a la realización del mismo las encontramos presentes en la historia de las civilizaciones desde el principio de la humanidad. No es un cuidado ejercido muchas veces ni de forma organizada, ni con un objetivo determinado, pero sí como algo implícito en las actividades del día a día, llevados a cabo, bien por instinto, bien por capacidad. Pero la realidad es que siempre ha habido en las tribus, en los poblados, en los pueblos, personas enfermas, niños y ancianos, y es fácil entender que siempre ha habido alguna persona encargada de su cuidado.

Estos comportamientos y las personas que los realizaron, forman parte de la historia y naturaleza de los cuidados, y es por este motivo por el que vamos a hacer un repaso de las mismas, para poder llegar a entender la evolución enfermera y la influencia en ella de cada momento de la historia de la humanidad. Es ciertamente una revisión de la historia del ser humano, pero con la mirada puesta en el cuidado, intentado encontrar en cada momento histórico cómo influye el contexto social y cultural en el progreso o “no progreso” de la profesión enfermera como disciplina.

En la casi totalidad de los documentos revisados para realizar la presente tesis nos hemos encontrado con una reflexión constante y común: la clara relación directa que existe, a lo largo de toda la Historia, entre el espacio que ocupa el enfermo en la sociedad de cada momento, las formas en las que han de ser asistidos y las responsabilidades de las diferentes instituciones del momento en esta asistencia, con la situación ocupada por los profesionales encargados de asistirlos y lo que se les exige en el desempeño de su trabajo (García Martínez, A.C, 2004).

Son muchos los autores que afirman que los cuidados son tan antiguos como la humanidad, utilizando como argumento el mismo que hemos utilizado anteriormente, y es que en todo momento histórico están presentes las personas que han tenido la necesidad de cuidarse, cuidar y ser cuidado.

La actividad del cuidado es inherente al ser humano, y esta actividad, aún no siendo definida como profesión, se recoge y documenta a lo largo de la historia. Como iremos viendo a lo largo del documento, el concepto de la dedicación a los cuidados a lo largo del tiempo muchas veces no queda totalmente claro, hay una línea muy sutil entre los conceptos de profesión y oficio. En general, el uso del adjetivo “profesional” se ha utilizado para referirse a lo opuesto de aficionado y de trabajo no especializado (Hernández Martín, F et al, 1997).

La enfermería en particular, parte de ser considerada como un oficio, con unas características predominantes de ocupación manual, a ser legalmente reconocida como una profesión, con una mayor carga de contenido intelectual, a finales del siglo XIX y principios del XX.

2.A- CUIDADOS Y SOCIEDAD

Identificar el papel que las enfermeras han jugado en cada una de las distintas épocas de la Humanidad, así como comprender su labor dentro de la sociedad en cada momento, es fundamental para hacer un adecuado recorrido por nuestra historia, pero no sólo esto, sino que además resulta una forma motivante de entender nuestro presente, conociendo nuestra evolución, cómo vivían, cómo eran, qué hacían y cómo lo hacían todos aquellos que realizaban cuidados en cada momento histórico. Y no sólo los antepasados como personas, sino los antepasados como profesionales.

La enfermería, como cualquier otra profesión, encuentra su razón de ser y es fruto de una necesidad social. Necesidad social que va variando en cada época de la historia, que se va adaptando a las diferentes circunstancias del momento, a los hechos y a los valores sociales que acontecen a su alrededor. Si hablamos de necesidad social tenemos que plantearnos hablar de las sociedades, dado que son éstas las que, en el proceso de socialización de cada momento, determinan las funciones y aportaciones específicas que se pueden realizar dentro de cada grupo concreto, siempre con el principal cometido de cubrir las necesidades que van surgiendo. Desde el principio de los tiempos, las sociedades se han estructurado para dar respuesta a las necesidades de sus integrantes, e incluso para ofrecer servicios que puedan mejorar las condiciones de vida del grupo. A medida que las sociedades se hacen más complejas, la estructuración de los grupos y la especificidad de sus actividades se hace también más compleja (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

La atención a la salud, como necesidad social, ha estado condicionada en todo momento tanto por la concepción que la sociedad construya en ese tiempo de la persona, como por la definición que se le dé a los conceptos de salud y enfermedad.

Siles, en su libro “Historia de la Enfermería” , hace una reflexión sobre esta relación entre la enfermería y la historia, en la que, entre otras afirmación, hace mención a la ineludible relación entre la enfermería, su

historia y la historia de la humanidad: “ No se puede responder a la pregunta de qué es la enfermería, ni reconocerla como entidad socio-profesional, si no estudiamos la enfermería teniendo siempre en cuenta las características de la sociedad a las que pertenece” (Siles Gonzalez, 2011). Es por esta inseparable relación entre la la acción o actividad del cuidado y la historia de la humanidad por la que consideramos imprescindible el desarrollo de un recorrido histórico por el avance de la humanidad, los principales acontecimientos, valores y actitudes del momento, su influencia en los cuidados y en la acción de cuidar

Todas las sociedades, a lo largo de todos los tiempos, incluyen dentro de su organización sistemas de atención a la salud, con la finalidad principal de combatir las enfermedades imperantes. El tipo de atención que se le dé a la salud o el modelo de sistema de asistencia sanitaria es por lo tanto cambiante, se abordan las necesidades de los cuidados de salud y de la enfermedad de forma diferente según cada época, tanto desde un punto de vista organizativo como ideológico. En todas estas sociedades, el concepto de salud está completamente vinculado al de enfermedad, siendo ambos conceptos construcciones culturales que se ven influidas y determinadas por valores tanto políticos como económicos, religiosos e ideológicos, entre otros.

3.A- EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS EN RELACIÓN CON LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA

Como ya hemos comentado, los conceptos de salud y enfermedad son entendidos en cada cultura de forma diferente, van variando a lo largo del tiempo y se les otorgan significados diferentes. Entre los principales significados que se dan a la salud, podemos encontrarla entendida como supervivencia, interpretando “super-vivir” como estar sano; la salud como resultado de aspectos no comprensibles de origen sobrenatural; la salud como consecuencia directa de aspectos relacionados con temas espirituales y religiosos; la salud como ausencia de enfermedad; hasta el concepto más próximo a nuestra época actual, la salud como un estado de equilibrio y bienestar. Estos conceptos de lo que se entiende por salud, van sucediéndose según el momento histórico en el que nos encontremos, aunque hay momentos de la historia en los que conviven varias definiciones. Pero lo que más nos interesa de estas diferentes opiniones referentes a la salud está relacionado con las formas de organización y de intervención que propician, que tienen una influencia directa sobre los distintos tipos de cuidados que precisen los enfermos y los sanos (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

Antes de pasar a este recorrido histórico, antes de empezar a movernos entre los diferentes siglos, acontecimientos y personajes, nos parece interesante parar y conocer qué significan dos conceptos básicos para nuestra tesis: el concepto de cuidado y el nombre que han recibido las diferentes personas que han ejercido esta acción a lo largo de la historia.

Dentro de una perspectiva disciplinar, el cuidado es el objeto del conocimiento enfermero y lo que determina la aportación enfermera a la salud de las personas y de los grupos. Los cuidados, como ya hemos citado anteriormente, son considerados por la totalidad de los autores consultados, como prácticas humanas tan antiguas como la misma humanidad, que se van convirtiendo en procesos sociales a medida que las sociedades se estructuran y organizan, estructurándose y organizándose en sintonía con ellas, adquiriendo complejidad a la vez que la adquieren las sociedades (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, Los cuidados de la persona como núcleo de la profesión enfermera, 2009). Como cita Dorotea Orem al definir su concepto de autocuidado, los cuidados son acciones que cada persona se proporciona a si misma en forma de autocuidados o que ofrece a sus allegados en forma de cuidados, informales en sus orígenes y formales tras la evolución de los cuidados hacia una profesión.

Tanto Donahue como Siles recurren a la epistemología de las palabras relacionadas con nuestra historia para explicar la misma. Tal y como cita Patricia Donahue (Donahue, 1985), existe una cierta confusión en torno al papel o funciones de la enfermera, ya que epistemológicamente, las connotaciones de la misma palabra *nursing*, término anglosajón con el que se designa a la enfermería, ha ido variando con el curso de la historia de la humanidad. A lo largo de la historia, el desarrollo de la enfermería se ha relacionado profundamente con el la evolución de la palabra, cuyas definiciones concretas son un fiel reflejo de la función social que ejerce. Parece evidente, viendo estas primeras palabras utilizadas para referirse a la enfermería, que el significado ha evolucionado desde un término que indica la actividad humana innata de amamanatar a un niño, hasta otro de naturaleza mucho más elaborada y sofisticada. Y estos cambios en las palabras para referirse a la enfermería y en su significados y connotación reflejan profundamente los cambios en las funciones de las enfermeras (Donahue, 1985). Pero si no abandonamos la epistemología para poder comprender nuestros inicios, vemos la palabra *enfermería* sin embargo, es mucho más reciente y está relacionada con el término “enfermedad” (*infirmitas*), lo que parece haber delimitado la actividad de los cuidados a los cuidados de los enfermos exclusivamente. Este aspecto tan sutil de terminología nos puede ayudar a entender por qué, de forma errónea, en muchas ocasiones, el concepto de cuidar se ha encasillado en la atención a los enfermos, dejando al margen

otras muchas facetas del cuidado más elementales, pero igual de relacionadas con la supervivencia, como pueden ser los cuidados durante el parto, la crianza y la lactancia. De estos cuidados y de su calidad dependía la supervivencia o no de las tribus, e incluso de la especie. De esta situación es necesario resaltar dos aspectos: el protagonismo de la mujer en la acción de cuidar, y la importancia de los cuidados puestos en marcha relacionados con la supervivencia, siendo uno de los principales, los relacionados con la alimentación. Este podría ser definido como el “nucleo original y vertebrador” de toda la historia de la enfermería (Siles Gonzalez, J, 1999).

Vamos a tomar como división histórica una muy similar a la que realiza Siles en su libro “Historia de la Enfermería” (Siles Gonzalez, J, 1999), pero modificando las dos últimas etapas, dado que al centrarse nuestra tesis en el siglo XIX le hemos dado mayor importancia y espacio de estudio al mismo:

- Prehistoria: 600.000 a.C hasta 3.500 a.C
- Edad Antigua: 3.500 a.C hasta 476 d.C
- Edad Media: 476 d.C. hasta 1453 d.C
- Edad Moderna: 1453 d.C hasta 1789 d.C (siglo XV al XVIII)
- Siglo XIX: Revolución industrial
- Siglo XX: Etapa de profesionalización de la enfermería

3.A.1- Prehistoria: 600.000 aC hasta 3.500 aC

Si nos remontamos a los primeros tiempos, en la edad prehistorica, delimitando la misma como el espacio temporal que discurre desde el año 600.000 a.C hasta el año 3500 aC, momento en el que se produce la aparición de la escritura y el cambio de época, encontramos datos de la paleontología en los que se nos describe cómo el hombre ya padecía enfermedades, podemos pensar que similares a las nuestras, lo que nos hace deducir que ya en esta época se ponían en práctica cuidados sobre las personas con el principal objetivo de conseguir la supervivencia. Durante la prehistoria, la estructura social está organizada en grupos o en tribus, dentro de las cuales, ante la ausencia de escritura, se transmitían los conocimientos de una generación a otra por medio del aprendizaje directo y la imitación, lo que tiene una clara influencia sobre la forma de transmitir los conocimientos relacionados con el cuidado. Como dice Gregorio Delgado, la historia comienza con la escritura y sin documentos no se la puede escribir (Gregorio Delgado García, 2010).

Durante este periodo de la historia, la enfermedad es entendida como una situación provocada por los espíritus que habitan en la naturaleza: la creencia era que todos los objetos naturales (animales, rocas, plantas...) estaban vivos o animados y que poseían un espíritu o alma. Así podían explicarse los fenómenos naturales, incluso los que causaban desastres o enfermedades (Donahue, 1985). En consecuencia, las enfermedades son tratadas utilizando ritos mágicos y se les atribuyen principalmente tres tipos de causas: mágicas, causadas por la posesión de un mal espíritu; religiosas, producidas por una divinidad; y naturales.

Estas causas condicionaban por completo el enfoque que se da a los cuidados de las personas enfermas, centrado en los aspectos animistas que causan la enfermedad. Pero poco a poco el predominio de un enfoque centrado en el animismo de los seres humanos deja paso al empirismo, permitiendo más campo de acción al hombre. Los hombres se dan cuenta de que observando la naturaleza son capaces de comprender cómo actúan algunos elementos, remedios y situaciones que pueden controlar. Pero los hombres primitivos solo contaban con la observación como fuente del conocimiento y, como cita Patricia Donahue, aunque a algunos nos pueda costar imaginar que los procedimientos médicos y enfermeros más básicos puedan tener un origen prehumano, existen indicios de que la observación y aprendizaje de algunas prácticas habituales en los animales ayudaron a escribir el principio de la historia de nuestra profesión. Como ejemplos, los animales se lamen las heridas para limpiarlas, sumergen las heridas inflamadas en agua o se purgan ingiriendo hierbas eméticas (Donahue, 1985).

El concepto de salud de estas sociedades, considerada como un don natural y un valor de supervivencia, determina las actividades que se ponen en marcha para su conservación y para el mantenimiento de la vida de las personas, a través de la cobertura de las necesidades básicas: la alimentación, el abrigo y el momento del nacimiento, entre otros. La utilización de hierbas en forma de emplastes, cociones o tisanas, basadas en el conocimiento desarrollado a partir de la experiencia propia, heredada a través de la palabra de generación en generación, pueden ser consideradas como las primeras prácticas de la historia de atención a la salud. Remedios aprendidos por observación y por medio del ensayo y error. Cuando se producen los resultados deseados, ante cualquier situación similar, se repiten las mismas actuaciones, aunque no se sea consciente del origen del problema (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009, pág. 31).

Tenemos que tener en cuenta que la organización social de las comunidades primitivas se caracteriza por la concreción: son sociedades pequeñas, estructuradas sobre la base de las necesidades existentes en el momento y con el fin de satisfacer estas necesidades en la propia comunidad. La estructura social básica de

convivencia y socialización es la tribu. No conocían la agricultura ni la domesticación de animales, eran nómadas y cazadores.

Hablar de cuidados en esta etapa pre-profesional y de tradición oral es complicado, ya que como hemos comentado, la historia empieza a poder ser estudiada desde que aparece la escritura, pero en estas civilizaciones aún no existen documentos que nos permitan conocer claramente cómo eran aplicados los cuidados. Aún así, los pueblos primitivos constituyen los orígenes de la humanidad, y la información de la que disponemos nos hace pensar que los cuidados de la salud que se prestan durante este periodo, que no pueden ser entendidos tal y como lo hacemos en nuestro momento actual, se dirigen fundamentalmente a la supervivencia, siendo las mujeres las encargadas de llevarlos a cabo. Estamos en una etapa de la historia en la que los problemas se abordan dentro del grupo familiar o vecinal, sin existir datos de una atención sanitaria organizada fuera de estos núcleos. La mujer como miembro de la tribu y por el rol que desempeña en ella, se queda en el refugio; mientras los hombres cazan, ella se encarga de cuidar de los niños, los ancianos y los heridos, asumiendo el papel protagonista de cuidadora, y dejando como responsable último de la curación al hechicero de la tribu (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005).

Aunque no hay documentación escrita al respecto, sí que hay conocimiento de la existencia de especialistas en el cuidado de la salud a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas. Entre las profesiones más antiguas de la humanidad, además de la de cazador y recolector, están la de bruja, sanadora o partera. Pero había algo que las diferenciaba entre sí: la elección de ser cazador dependía de cada individuo, mientras que para llegar a ser sanadora o bruja, era necesario ser elegida a través de un proceso propio de cada momento cultural: por herencia, por capacidades...; pero además, se exigía una preparación (conocimientos y saberes) y un adiestramiento (habilidades prácticas) hasta llegar a ser considerada apta por parte del resto de profesionales del momento y ser reconocida por la sociedad (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

En lo que respecta a los protagonistas del cuidado, en la revisión de materiales llevada a cabo, son bastantes los autores que hacen énfasis sobre el hecho de que las personas sobre las que recae el papel del cuidado fueron principalmente las mujeres, aunque también encontramos a los curanderos, chamanes, brujos... de cada tribu, como responsables últimos de la curación de las enfermedades y las heridas (Siles Gonzalez, 2011).

Por lo tanto, como protagonistas de los cuidados de este momento histórico nos encontramos con tres figuras (Siles Gonzalez, J, 1999):

- La mujer como miembro de la tribu y tal y como ya hemos comentado, asume, o le es asignado, el rol de desempeñar los cuidados de supervivencia, entendiendo por tales aquellos que resultan esenciales para una existencia estable de la tribu. Siles hace una reflexión respecto al hecho de que sean las mujeres las encargadas de estos cuidados, viendo en sus orígenes connotaciones de carácter biológico, simbólico y natural: el parto se considera como la actividad esencial para la reproducción de los miembros de la tribu y por lo tanto para la supervivencia de la misma. Por ello, la fertilidad, el parto y todo lo relacionado con el mismo conllevan un importante contenido simbólico que va a convertirse en la raíz de la posterior división sexual del trabajo.
- El hechicero: es el responsable de “interpretar” los fenómenos naturales que tienen lugar y que afectan a la tribu, siguiendo los esquemas animistas que rigen el momento histórico. Pero también es el encargado de intentar evitar o paliar los desastres (lluvias torrenciales, epidemias...) de la naturaleza, a través de conjuros y ritos. Esta intervención “divina” también puede ser empleada para curar enfermedades y extraer los espíritus malignos de los cuerpos, o para todo lo contrario...
- Por último encontramos la figura de la bruja, entendida como la mujer de la tribu que hereda poderes sobrenaturales de sus antepasados femeninos; o entendida como mujer sabia que personifica la evolución de las primeras mujeres cuidadoras, cuyos conocimientos progresaron a través del transcurrir del tiempo y de la experiencia acumulada, pasando a ser capaces de asumir el cuidado directo de determinadas enfermedades a través de la utilización de plantas, hierbas y elementos naturales, entre otros. Van avanzando con la práctica diaria, experimentando con sus recursos y viendo los efectos que tienen sobre el curso de la enfermedad y sus síntomas.

Como pequeño resumen de esta época, podemos decir que los hombres viven organizados en tribus, de pequeño tamaño y con la familia como estructura básica. Al no conocerse aún ni la agricultura ni la ganadería, son tribus nómadas, obligadas a ir moviendo su campamento en busca de alimentos. Esta forma de vida y organización entiende la enfermedad desde tres puntos de vista. Por un lado, la enfermedad como un proceso con un origen mágico, desconocido, por lo que encontramos como figura intermediaria entre los espíritus y los hombres la figura de la bruja. La enfermedad como una situación con un origen religioso, relacionado con los dioses; en este caso, la figura responsable del cuidado o restablecimiento de la salud es el hechicero. Y por último, la enfermedad también puede estar relacionada con causas que podemos encontrar en la naturaleza, ante las que podemos aprender a reaccionar, y ante las cuales son las mujeres de la tribu las que se encargan

de organizar y de satisfacer las necesidades básicas que garanticen la supervivencia de la tribu. Todos los cuidados de esta época tiene un objetivo común: la supervivencia de la especie.

PREHISTORIA: 600.000 aC → 3.500 aC
<ul style="list-style-type: none">- Comunidades pequeñas- Tradición oral, inexistencia de escritura- Estructura social básica: tribu y familia dentro de ella- Poblaciones nómadas y cazadoras- Cuidados dirigidos a la supervivencia- Diferentes orígenes de la enfermedad y responsables del cuidado en función del mismo:<ul style="list-style-type: none">○ Origen mágico / Cuidados: brujas○ Origen religioso-divino / Cuidados: hechicero○ Origen en la naturaleza / Cuidados: mujeres de la tribu

Tabla 1: Prehistoria

3.A.2- Edad antigua: 3.500 aC hasta el año 476 dC

Durante la Edad Antigua, delimitada por sus dos hechos más destacados, la aparición de la escritura, hacia el año 3500 aC y la caída del Imperio Romano en el año 476 dC, tiene lugar la aparición de gran cantidad de civilizaciones importantes que juegan un papel fundamental en el desarrollo de la asistencia y los cuidados, entre las que destacan las de Egipto, Mesopotamia, Babilonia, Fenicia, Judea, Persia, India, China, Grecia y Roma. Este periodo está lleno de grandes ciudades emergentes, en las que la política, el arte, la religión, la filosofía y la ciencia tienen una gran relevancia.

La población deja de ser nómada. Se comienza a domesticar animales y a formar rebaños que solucionan el problema del abastecimiento de carne. Esto, junto con el inicio de la agricultura, posibilita a las tribus asentarse en poblados estables.

Durante este periodo el papel de la religión sigue jugando un papel fundamental en lo que respecta a la salud, ya que se sigue manteniendo la creencia anterior de que la enfermedad proviene de la voluntad de los dioses. La convicción de que los espíritus malignos eran los causantes de las enfermedades evolución hacia la idea de que la enfermedad era consecuencia del incumplimiento de los deseos divinos, lo que convertía a la

enfermedad en una maldición, un castigo de los dioses dirigido contra los individuos pecadores y sus familias (Donahue, 1985).

De todas formas, ya se empiezan a observar dos líneas claras de acción y concepción de la salud que se repite en todas las civilizaciones de la época: el empirismo, que se traducía en la aplicación de tratamientos quirúrgicos, remedios naturales (hierbas, barro, calor...), masajes y recursos dietéticos, entre otros; y la magia, que utilizaba los encantamientos, exorcismos y ofrendas a los dioses como mecanismos para alejar las enfermedades de los seres humanos.

Respecto al concepto de salud, en ésta etapa de la historia la salud se entiende desde los valores sobrenaturales, míticos..., imposible de ser controlada ni explicada por las personas. La figura del hechicero evoluciona y es sustituido por el sacerdote y, como consecuencia principalmente del abandono del nomadismo, se construyen templos donde también se van a desarrollar actividades relacionadas con los cuidados de la salud (Siles Gonzalez, J, 1999). En ellos los sacerdotes son los encargados de la realización de los ritos para aplacar la ira de los dioses y así conseguir la salud de la población. Todas estas civilizaciones marcaron de alguna forma la concepción que en épocas futuras se habría de tener tanto de la vida como de la salud de las personas.

En esta época se observan claramente los dos caminos que siguen los cuidados de enfermería: por una parte encontramos los cuidados de enfermería en la vida cotidiana, y por otro lado, los cuidados de enfermería desde la perspectiva religioso-institucional. Desde la perspectiva de lo cotidiano, del día a día, es imprescindible citar el gran papel que juega la familia como estructura social esencial de convivencia y socialización, entre cuyas responsabilidades se encuentran los cuidados de salud de sus integrantes, así como la satisfacción de las necesidades básicas. Y en relación con esta estructura básica, volvemos a encontrarnos con el importante papel que juega la mujer dentro de la organización. Ella se encarga de todas las tareas relacionadas con los cuidados domésticos, la salud, así como de los partos y los cuidados perinatales. En el plano religioso, es el sacerdote la principal figura relacionada con los cuidados de la salud. Actúa de intermediario con los dioses. El sacerdote y las sacerdotisas se encargan de organizar las ceremonias del culto religioso, los ritos en los que se llevan a cabo los sacrificios, entendidos como ofrendas que se entregan a los dioses con la esperanza de que se produzca un cambio en el estado de salud del enfermo por el que se realiza la ceremonia (Siles Gonzalez, J, 1999).

Podemos concluir que en esta época los hombres siguen viviendo organizados en tribus, con la familia como organización clave, pero dejan de ser tribus nómadas. La puesta en marcha de la ganadería y la agricultura

permite que los poblados permanezcan estables en un lugar. La enfermedad sigue siendo considerada desde una concepción religiosa, como voluntad de los dioses, sigue siendo una visión claramente animista, pero se empiezan a utilizar remedios y tratamientos con un enfoque más empírico, basados en la naturaleza y en el conocimiento del cuerpo humano. Los cuidados siguen teniendo un enfoque de supervivencia y, de la misma forma que en la etapa anterior, podemos hacer una clara distinción entre dos facetas de los cuidados: por un lado, están los cuidados entendidos como actividades de la vida cotidiana, dentro de los cuales son las mujeres de la tribu las encargadas de su ejecución; y por otro lado tenemos los cuidados entendidos desde una perspectiva religiosa, dentro de la cual es el sacerdote la figura principal, como intermediario con los dioses.

Como ya hemos comentado al principio, dentro de esta época histórica encontramos un gran número de culturas modélicas que pueden y deben ser utilizadas como punto de referencia para identificar, analizar y explicar los elementos comunes y las diferencias con las que en cada una de ellas son abordados los cuidados de la salud. Vamos a resaltar lo más relevante de cada una de ellas:

<p style="text-align: center;">EDAD ANTIGUA: 5.000 aC – 476 dC:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aparición de la agricultura y la ganadería: sedentarismo.- Estructura social básica: la familia- Origen de la enfermedad: religioso-divino: voluntad de los dioses.- Figura responsable del cuidado:<ul style="list-style-type: none">o En la vida cotidiana: la mujero En el ámbito religioso-institucional: el sacerdote

Tabla 2: Edad Antigua

i-Los hebreos

Los hebreos cuentan con una experiencia histórica tan rica que sus escritos de las leyes religiosas atribuidas a Moisés constituyen un auténtico tratado de salud pública: limpieza personal, descanso, sueño, dieta, desecho de excrementos... . Fueron pioneros en la regulación de las enfermedades infecto-contagiosas, siendo responsabilidad del sacerdote o levita tanto el tratamiento de estas enfermedades como el control de las cuarentenas en los procesos contagiosos. Y también se encargaron de dictar reglas sobre los alimentos, entre

las que se prohibía comer cerdo, comer animales muertos de muerte natural o descuartizados por bestias salvajes, incluyendo la prohibición de la presencia de sangre en los alimentos (Siles Gonzalez, 2011).

ii-Egipto

Por su parte Egipto destaca por el conocimiento que demuestran sus documentos escritos sobre la anatomía humana, al que se llegó gracias a la tradición de embalsamar los cadáveres de los difuntos. Este conocimiento tan avanzado les introdujo en la realización de innovadoras técnicas quirúrgicas para su época, así como en el arte del vendaje. Podemos encontrar papiros que nos hablan de algunos de los cuidados que tenían de su higiene personal, así como de síntomas de enfermedades conocidas y tratamientos diversos. La civilización egipcia fue una de las grandes culturas de todos los tiempos, que destacó entre otras cosas por su jerarquización y su alto nivel de organización. Predomina la puesta en práctica de los cuidados que era llevada a cabo en el ámbito doméstico, por lo que generalmente eran las mujeres y los esclavos quienes se encargaban de ellos. Y aparecen nuevas protagonistas de los cuidados, las comadronas, como grupo profesional reconocido y que atendía los partos, y cuya práctica cotidiana aparece en distintos grabados y pinturas (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005).

Se creía que las enfermedades eran debidas a causas, en parte naturales y en parte sobrenaturales, determinadas por fenómenos como el movimiento del sol y las estrellas (Donahue, 1985). Según esta creencia, los médicos empíricos o laicos eran los encargados de tratar la parte natural de la enfermedad dentro de la vida cotidiana, junto con los cuidados de la salud ejercidos en la familia y en el hogar por la mujer (Siles Gonzalez, J, 1999).

En esta civilización se hace referencia a otra figura relacionada en cierta manera con los cuidados: “los cuidadores de los cuerpos en la otra vida”, los artesanos embalsamadores y expertos en el arte del vendaje. La gran importancia de esta figura es fácil de entender si recordamos la gran relevancia que tiene en esta sociedad la vida ultraterrenal, siguiendo un complejo proceso empírico de embalsamamiento y momificación.

La familia sigue siendo la estructura básica de convivencia y socialización, con la característica de tratarse por lo general de familias amplias, en las que las mujeres disfrutaban de una posición de autoridad e importancia y, con toda probabilidad, son las principales responsables de los cuidados dentro de este núcleo

familiar, sobre todo si tenemos en cuenta que los médicos del antiguo Egipto no practicaban la obstetricia, lo que daba, si cabe, más relevancia a la figura de la mujer en el momento del inicio de la vida (Donahue, 1985).

Fuera del ámbito cotidiano, en el plano religioso-institucional, volvemos a encontrarnos con la figura de los sacerdotes, los cuales, entre otras ocupaciones, dirigían ceremonias de diagnóstico de enfermedades y realizaban tratamientos basados en procedimientos naturales y creencias sobrenaturales. Los enfermos eran atendidos por los sacerdotes en el templo, donde residía la divinidad que mediaba en su curación. Los remedios puestos en marcha por los sacerdotes eran de dos tipos, en función de la causa de la enfermedad: si la causa era natural, el paciente era tratado mediante procedimientos empíricos (ungüentos, purgantes, sangrías...), mientras que, si la causa se suponía sobrenatural, las acciones iban más dirigidas hacia los sacrificios y las oraciones para remediar los males provocados por los pecados cometidos (Siles Gonzalez, J, 1999).

En esta cultura encontramos los primeros papiros de la historia (Siles Gonzalez, J, 1999) (Donahue, 1985):

- El papiro de Ebers constituye un tratado de patología de la época. Describe de forma pormenorizada enfermedades y síntomas. Pero también contiene encantamientos y conjuros propios de la parte sobrenatural del tratamiento que se daba a las enfermedades, así como más de 700 sustancias de los reinos vegetal, mineral y animal que se utilizaban como medicamentos.
- El papiro de Smith revela un alto nivel en la práctica quirúrgica egipcia.
- Los papiros de Hearst, Londres y Berlín son de naturaleza claramente educativa y tienen forma de manuales prácticos, abordando principalmente el tratamiento de las enfermedades anales.
- El papiro de Westcar describe la forma de calcular la fecha del parto y hace referencia a los útiles e instrumental utilizado para facilitarlos.

Pero pese a toda esta documentación escrita, hay que resaltar que la enseñanza de los médicos era de tipo artesanal, se transmitían los conocimientos de médico a médico.

Fue una civilización en la que se alcanzaron cotas elevadas de higiene y salud pública, contando al parecer incluso con un cuerpo de inspectores sanitarios u oficiales de la salud. Se reconoció la importancia de mantener una buena higiene, no sólo del cuerpo, con todos los sistemas desagüe y canalizaciones de agua que esto conllevaba, sino que también se reconoció la importancia de la higiene en sitios como mataderos y sitios públicos relacionados con la comida, la bebida y hasta las relaciones sexuales (Donahue, 1985).

iii-India

Es en la documentación que se dispone de la India de donde podemos obtener la descripción más completa en la práctica de los cuidados, haciendo alusión en sus documentos históricos a la figura del cuidador, figura relacionada fundamentalmente con los hombres, y que en casos excepcionales eran sustituidos por mujeres ancianas. La cobertura de las necesidades básicas de los enfermos es un aspecto fundamental dentro del perfil de los cuidadores, y resalta la dependencia de estos del profesional de la medicina. En esta cultura, el papel de la mujer está más centrado en tareas relacionadas con al ámbito del hogar, de lo que se deduce el cuidado de los miembros de la familia (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005).

Encontramos documentos de esta civilización en los que incluso aparece descrito un equipo de cuidados de salud y sus integrantes: “El médico, los fármacos, la enfermera y el paciente constituyen un conjunto de cuatro. Se deben conocer las virtudes que cada uno de ellos ha de poseer para que pueda ser causa de la curación de la enfermedad... Conocimiento de la forma en que deben prepararse o combinarse los medicamentos para su administración, astucia, dedicación al paciente al que atiende y pureza, son las cuatro cualidades de la enfermera” (Donahue, 1985).

iv- Grecia

Por su parte, Grecia y Roma como civilizaciones antiguas contribuyen de forma evidente a la consolidación de la Medicina y de otras profesiones sanitarias.

Es en la Grecia clásica donde se pueden encontrar las primeras referencias escritas sobre la salud. Constituye un punto de inflexión en el concepto de salud, enfermedad y el tratamiento de la misma, ya que es en esta sociedad en la que se empiezan a explicar los fenómenos relacionados con la salud desde una perspectiva biologicista, como un acontecimiento que se produce dentro de la persona, como un equilibrio de los humores del cuerpo humano. Esta concepción de la salud rompe con todas las concepciones previas en las que la salud es concebida como un estado controlado por las fuerzas sobrenaturales, sin control alguno sobre la situación, y le da un enfoque más humano (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

En la cultura griega nos encontramos con estudiosos que suelen dedicarse a varias disciplinas a la vez (filosofía, medicina, matemáticas, astronomía...), lo que les lleva a darse cuenta de la importancia que tienen el estilo de vida, la higiene y la nutrición en la conservación de la salud. Esto, junto con los estudios anatómicos, hizo que la civilización griega fuera la primera en aplicar métodos más o menos científicos en la práctica médica, que después la civilización romana importó. Se intenta dar una explicación natural a los fenómenos físicos y sociales, corriente que con el paso del tiempo se denominó Filosofía Natural (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005).

Como en las culturas previamente revisadas, los cuidados de la salud en el marco de la vida cotidiana eran llevados a cabo principalmente por las mujeres que, igual que en la cultura egipcia y dentro de una estructura de familia patriarcal, era la responsable del cuidado de la salud de los niños, ancianos y enfermos, así como de la organización del hogar para satisfacer las necesidades básicas de todos los miembros. Fuera de este papel de cuidadora, la mujer no tiene gran relevancia dentro de la sociedad griega, y en la mayoría de las ocasiones queda relegada al silencio y al segundo plano. Junto a la mujer, son los esclavos y las esclavas, presentes en la mayoría de las casas particulares de Grecia, los encargados de las tareas domésticas y del cuidado de hijos, ancianos y enfermos (Siles Gonzalez, 2011).

También encontramos otras figuras relacionadas con los cuidados de la salud: las parteras y las comadronas, ya aceptadas como grupo profesional en culturas anteriores, como en la cultura egipcia, y que vuelven a gozar de prestigio y reconocimiento social.

En el ámbito religioso relacionado con los cuidados, encontramos un marco estructural claro, el templo, y dos figuras encargadas de la puesta en práctica de los cuidados: el sacerdote y las sacerdotisas. Los sacerdotes continuaban encargándose de las enfermedades desde una perspectiva sobrenatural, como en culturas anteriores, mientras que las sacerdotisas entran en escena en la cultura griega para encargarse de mantener ordenada y limpia la residencia de los dioses, de lavarlos y servirles las ofrendas (Siles Gonzalez, J, 1999, pág. 137).

Una figura clave de esta época y para todo el posterior desarrollo de las ciencias médicas es la figura de Hipócrates (460 a.J.C), considerado el “padre de la medicina”. El hipocratismo propugna la observación del enfermo desde la cabecera de la cama. Se basa en una idea naturista de la enfermedad: se creía que el hombre era una parte de la naturaleza y la enfermedad un fallo, un desequilibrio del correcto funcionamiento.

Hipócrates enseñaba que la enfermedad no era obra de los espíritus, demonios o dioses, sino la consecuencia de quebrantar las leyes naturales (Donahue, 1985). Basándose en esta idea, la función del médico era restablecer el equilibrio y ayudar a la naturaleza en la corrección de este camino equivocado. En estos principios se basa uno de los principales legados de Hipócrates: su método hipocrático, el cual se basa en cuatro principios: observarlo todo, estudiar al paciente más que a la enfermedad, hacer una evaluación imparcial y ayudar a la naturaleza.

La práctica de la higiene jugaba un papel fundamental en la cultura griega. Es descrita por Hipócrates como una forma de vida, donde la alimentación, la evitación de excesos sexuales y el ejercicio físico tienen una gran importancia, así como el control de “aires, aguas y lugares” (Donahue, 1985).

Los griegos despreciaban el trabajo manual, dejaban estas actividades a las personas de clase social baja, esclavos y sirvientes, lo que explicaría por qué para el mundo clásico los cuidados de Enfermería carecían de importancia social y se circunscribían al entorno doméstico (Hernandez Conesea, J, 1995). Pero hay otro aspecto importante en lo que respecta a quienes se dedican al cuidado de los enfermos, y es que dejan de ser el puente de enlace entre dios y la persona, se pasa a poner en marcha remedios tangibles. Es por esto por lo que ya se encuentran en los escritos hipocráticos referencias claras a los cuidados relacionados con el uso de cataplasmas, dietas, utilización del frío y el calor, masajes... (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

Siles nombra la inevitable semejanza que se puede encontrar entre los principios de Hipócrates con los fundamentos de Florence Nightingale, dado que Hipócrates afirmaba que las enfermedades no eran causadas por espíritus, demonios o dioses, sino la consecuencia de quebrantar leyes naturales, por lo que el verdadero arte del médico consistía en ayudar a la naturaleza a encontrar un remedio (Siles Gonzalez, J, 1999, pág. 134).

En la cultura griega seguimos encontrándonos con la familia como unidad funcional básica de socialización y convivencia, con una estructura patriarcal, como ya hemos visto; sin embargo, aparecen dos nuevas estructuras físicas, antes ocupadas por los templos, en los que se desarrollan actividades de cuidados de la salud y la enfermedad. Estas dos estructuras son:

- La *xenodochia*: su origen parece residir en la necesidad de proporcionar cuidados a los viajeros, ante la necesidad de evitar el enfado de los dioses. Pero con el tiempo se amplió para atender a los enfermos y heridos (Donahue, 1985). Es un lugar donde se ofrece amparo al peregrino, se le da la

- posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas, como el sueño y el descanso, incluso la curación de enfermedades si era necesario. Es una organización civil y laica, que depende de la ciudad y que puede ser considerada como el antecedente del hospital moderno (Siles Gonzalez, 2011).
- El *iatrion* es la otra estructura o lugar de la ciudad donde los ciudadanos acuden a curarse heridas y a que se les diagnostiquen enfermedades. A diferencia de la *xenodochia*, el *iatrion* tiene un carácter más ambulatorio, sin posibilidad de pernoctar en él. También en este caso el *iatrion* es una estructura civil que depende de la ciudad y que es considerada en este caso como el antecedente del ambulatorio. (Siles Gonzalez, J, 1999, pág. 136).

v- Roma

La civilización romana, a diferencia de las vistas hasta ahora, no tenía una religión, ni sistemas médicos ni arte propios, sino que los tomaron prestados en sus continuas conquistas a otros pueblos, principalmente de Grecia. En el campo de la medicina concretamente, antes de la conquista de Grecia, la medicina romana combinaba las prácticas populares, la magia y la religión. Pero tras la conquista, los médicos griegos fueron hechos esclavos y asumieron todo el trabajo médico de la ciudadanía; entre ellos podemos encontrar nombres tan prestigiosos para la historia de la medicina como Galeno o Celso (Donahue, 1985).

La enfermedad sigue siendo considerada como consecuencia de la acción de los dioses, pero ya empieza a hablarse también de causas como el mal funcionamiento corporal o los malos hábitos. Por todo esto, al igual que en la cultura griega, los encargados del mantenimiento de la salud y el restablecimiento de la misma son los sacerdotes y los médicos, quienes se encargan de diagnosticar y tratar las enfermedades, cada uno en su campo. La gran contribución de la cultura romana al progreso de la medicina se encuentra tanto en la puesta en marcha de medidas higiénicas que ayudaron mucho a mejorar la salud pública (alcantarillado, baños de agua caliente, sepultura a los muertos y control de los alimentos), como las aportaciones en el campo de la organización y puesta en marcha de escuelas de médicos y otras profesiones sanitarias menores (masajista, obstetra). (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005).

También en la sociedad romana encontramos grandes diferencias entre los diferentes grupos de población, y estas diferencias influyen en la atención recibida ante las necesidades de salud por cada una de ellos. Tienen lugar una serie de derechos y privilegios para las clases sociales ricas y de denegación e incluso desatención de los ciudadanos pobres. Diferencias que también se reflejan en los lugares de atención de los

enfermos, en función de la clase social a la que se pertenece. Los enfermos empiezan a ser atendidos en hospitales, pero no como los entendemos en la actualidad, sino hospitales que, justificando esta diferencia de derechos y privilegios, son instalados en las propias casas de los nobles (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009). Los ciudadanos que se lo pueden permitir económicamente eran atendidos en sus propias casas como si de hospitales se tratase.

En el plano cotidiano, nos encontramos de nuevo con una serie de figuras, dentro de la sociedad, encargadas de materializar los cuidados relacionados con la salud. Podemos nombrar las siguientes (Siles Gonzalez, J, 1999, págs. 143-144), muchas de ellas no citadas hasta el momento:

- Las mujeres están sometidas a la patria potestad del padre o del marido y, como en culturas anteriores, su principal función es encargarse de la organización de la casa y del cuidado de los niños y enfermos, aunque en estas tareas eran ayudadas frecuentemente por esclavas y nodrizas.
- Las parteras o comadronas son las únicas encargadas de atender a los partos normales. El parto tiene lugar en el domicilio de la mujer, asistida por una o dos comadronas, las cuales gozan de cierto prestigio en la sociedad romana, y tienen entre sus requisitos profesionales el de saber leer y escribir, para poder aplicar el arte del parto siguiendo los principios teóricos. Entre estas “matronas romanas” destaca Fabiola, que fundó el primer hospital de Roma en el año 390.
- Las nodrizas son mujeres que se dedican a dar de mamar a los niños de las dueñas de la casa. Alimentan y educan a los niños hasta la pubertad.
- Los iatrolepta son expertos en la aplicación de unturas y masajes corporales.
- Los parabolani son aquellos que, tal y como el nombre designa literalmente, “arriesgan sus vidas al entrar en contacto con los enfermos” (Donahue, 1985). Los hombres de esta hermandad, cuyo origen se remonta al siglo III d.C, voluntariamente arriesgaban su vida cuidando de los enfermos con enfermedades infectocontagiosas.
- Los nosocomi eran los enfermeros de los hospitales de campaña.
- Los esclavos “domésticos” se encargan de la asistencia a los enfermos y del cuidado de los niños.

Junto a esta riqueza de figuras relacionadas con los cuidados cotidianos de la salud, también nos encontramos con un aumento de los espacios dedicados a los mismos. El hogar sigue siendo el espacio básico de convivencia y socialización, y la mujer la encargada de su mantenimiento. Volvemos a encontrarnos con la xenodochia, que se fundamenta en la necesidad de asistencia al peregrino, y el atrion,

que dispensa cuidados a enfermos y heridos pero de forma ambulatoria, ya presentes en la cultura griega (Siles Gonzalez, J, 1999). Además aparecen nuevas estructuras:

- Nosocomia: pabellones o habitaciones para los enfermos, dentro del xenodecheion.
- Brephotrophia: asilos para niños abandonados.
- Orphanotrophia: asilo para huérfanos.
- Gerontokomia: hogares para ancianos.
- Cherotrophia: hogares para viudas.
- Ptochotrophia: casas de caridad para los pobres (Donahue, 1985).
- Las valetudinarias eran hospitales de campaña.
- Los baños públicos romanos eran un lugar de relax y convivencia (Siles Gonzalez, J, 1999).

Hasta aquí hemos visto la faceta de los cuidados cotidianos de la cultura romana, pero también hay, como en el resto de las culturas vistas hasta el momento, un plano de los cuidados más relacionado con los aspectos religiosos; concretamente, en la Roma cristiana las creencias incitan a una vida terrenal sacrificada, en la que las penurias mundanas constituyen una vía para la gloria futura. Esta concepción de la salvación eterna tiene una gran influencia en la ejecución de los cuidados de los enfermos. Se utiliza el cuidado de los mismos como un mecanismo para experimentar el sufrimiento ajeno como propio, a la vez que se actúa de forma caritativa. En este contexto podemos encontrar las siguientes figuras relacionadas con los cuidados de los enfermos (Siles Gonzalez, J, 1999, págs. 152-154):

- Sacerdotes: entre las funciones de los sacerdotes está la de decidir el tipo de sacrificio que se debe realizar, según se tratara de curar una enfermedad de tratamiento sencillo o complicado.
- Obispos: se convierten en patronos y protectores de los pobres y de las mujeres influyentes (matronas).
- Matronas: son mujeres de la alta sociedad romana que, una vez adoptado el cristianismo como su religión y forma de vida, deciden dedicar su vida a la puesta en práctica de obras de misericordia y caridad, fundan hospitales y se dedican a atender a pobres y enfermos en sus casas o en las calles, donde sea necesario. Parten de una posición privilegiada, ya que su situación económica y su puesto relevante dentro de la sociedad les facilitan llevar a cabo sus planes, contar con los apoyos necesarios y conseguir sus objetivos. Nombres destacados de estas matronas los encontramos en todos los escritos relacionados con la historia de nuestra profesión: Marcela, Paula y Fabiola son tres de las más destacadas.

- Diaconisas: son mujeres que ejercen funciones docentes, asistenciales y auxiliares en las comunidades primitivas cristianas. En los primeros tiempos de la Iglesia son viudas o solteras (vírgenes) y su finalidad era servir a la Iglesia. Febe es una de las diaconisas más conocidas de la historia, reconocida como la “primera diaconisa” y la “primera enfermera visitadora” (Donahue, 1985).
- Vestales (sacerdotisas o vírgenes de Vesta, diosa protectora del hogar): velan por el mantenimiento del fuego y realizan los ritos sagrados dedicados a la protección de la estabilidad del hogar y la salud de las familias romanas que los ocupan.

En esta época, dentro del Imperio Romano podemos observar la gran influencia que supone la aceptación de una religión, en este caso el cristianismo, en la orientación que se le dé a los cuidados. Concretamente, el cristianismo introduce una nueva dimensión del cuidar, que en relación al mundo de los enfermos tuvo al menos las siguientes consecuencias tangibles:

- La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y, de modo coherente con este aspecto, la creación de instituciones dedicadas a este fin.
- La igualdad de condición ante el tratamiento: todos son atendidos sin que exista discriminación por estamento social, procedencia... Esto no ocurre en el mundo pagano
- La incorporación metódica del consuelo del médico y del cuidador hacia el paciente
- La asistencia gratuita, sólo por caridad al enfermo, como dictan las leyes cristianas.
- La valoración moral y terapéutica del dolor, la paciencia en el padecimiento del mismo. (Hernández Martín, F et al, 1997)

Otro de las alusiones que encontramos a favor del importante vínculo entre la historia de la enfermería y la religión, en este caso concreto el cristianismo, lo encontramos en el significado de uno de los vocablos en los que se fundamenta la religión cristiana, “hospitium”, que consistía en el ofrecimiento de cuidados básicos y de calor humano por parte de los dueños de las casas a los extranjeros o peregrinos. Es un principio ancestral de hospitalidad y auxilio, que desapareció en la Grecia clásica, debido a la consideración, por parte de la tradición hipocrática, de que la prestación de cuidados a enfermos terminales o incurables podría implicar una trasgresión y alteración del destino impuesto por los dioses a una persona, debido a sus comportamientos pecaminosos. La cultura cristiana reinterpreta el concepto de hospitalidad y le da un carácter altruista, en el que la persona que cuida a los enfermos, incluso a los incurables e infectocontagiosos, merece ganar la gloria divina (Fernandes de Freitas, G; Siles González, J, 2008).

Como hemos dicho anteriormente, los romanos nos dejaron como principal legado relacionado con la salud todos aquellos aspectos sobre la higiene pública, a la que dedicaron más tiempo y esfuerzo. Hablamos de la construcción de baños, fuentes públicas, sumideros y caminos. Fueron en muchas ocasiones suntuosas obras, pero también otras más pequeñas pero no menos importantes, como por ejemplo las cloacas de la ciudad de Valencia, edificadas por Gneyo Scipio. Por el contrario, la cantidad de guerras en las que continuamente se veían implicados no les permitieron cultivar el arte de las ciencias, por lo que su legado en el campo de los conocimientos médicos no es relevante (Bautista Peset, 1876).

3.A.3- Edad Media: 476 d.C hasta 1453 d.C (siglo V al XV)

Es durante la Edad Media, una vez desaparecido el Imperio Romano, cuando la vida deja de ser tan segura como hasta el momento; la Iglesia se empieza a adueñar de la sociedad del momento, pero conserva la estructura anterior. El mundo se encuentra en un deterioro progresivo, inmerso en batallas y destrucción. Estas guerras, unidas a la inseguridad, harán de la Alta Edad Media una época en la que se frena cualquier avance o progreso de las ciencias.

Se sigue manteniendo un trato muy desigual en función de la clase social a la que se pertenezca, algo que se ve engrandecido si cabe, por el desprecio que se vive durante esta época hacia la higiene en general. Esta falta de higiene se agudiza por el hacinamiento que empieza a tener lugar en las principales ciudades y por el concepto de familia extensa de la época. Factores todos ellos con una clara repercusión negativa sobre la salud y su protección, que determinan la patología por excelencia en este momento de la historia: las enfermedades transmisibles y las epidemias que llevan consigo (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

En esta etapa histórica el poder de la Iglesia está presente en todos los momentos sociales, y por lo tanto, también en lo relacionado con la atención a la salud y a la enfermedad. Los monasterios se convierten no sólo en centros religiosos, sino también en centros de la cultura y el poder, pues la consideración que tienen los monjes para los reyes y emperadores es muy alta, son sus principales consultores y referentes médicos. Es en los primeros monasterios donde se empieza a regular la enfermería como profesión, que inicialmente se centra en el cuidado de los propios monjes, para pasar a continuación al cuidado de la sociedad. Las reglas de los

monjes establecen por escrito los primeros principios de la enfermería y los enfermeros monásticos (Hernández Martín, F et al, 1997).

Durante la Edad Media, tiene lugar un fuerte desarrollo de los hospitales, controlados, como acabamos de citar, por la Iglesia, pero también por los ciudadanos importantes, que así se aseguran una asistencia de calidad. Ellos se encargan de la organización, financiación y gestión de los hospitales, aunque el cuidado de los enfermos se lleva a cabo tanto en estos hospitales como en las propias casas de los enfermos (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009). Con el avance de la Edad Media también avanza el reconocimiento e importancia social de la profesión enfermera. La Iglesia y junto con ella los conocimientos y prácticas enfermeras, salen de los monasterios para cristianizar Europa a través de las Ordenes Mendicantes. Estas Órdenes son ya una aproximación a la enfermería profesional, pues el trabajo que realizan es reconocido y reclamado socialmente, principales marcas de reconocimiento de una profesión. Estas primeras organizaciones enfermeras dieron respuesta a las necesidades sociales del momento, atendiendo a la enfermedad y en los momentos de grandes pestes (Hernández Martín, F et al, 1997). Pero esta etapa no sólo es fundamental por su gran aportación al momento histórico a través de las Ordenes Mendicantes, sino que también es determinante en todo el desarrollo posterior de la profesión, ya que se inicia el legado escrito de la enfermería en las Reglas Monásticas, y ya en 1269 aparece el libro de Humberto de Romans “De officus ordinis praedicatorum”, en cuyo capítulo 27 escribe “acerca del oficio del enfermero”, y lo expresa así: “ el enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos de la enfermería” (Hernández Martín, F et al, 1997).

También las frecuentes guerras y conflictos bélicos que tienen lugar durante este periodo histórico, tienen una influencia directa sobre la evolución y concepción de los cuidados de enfermería. Estos acontecimientos hacen aumentar la demanda de cuidados, que es el aspecto principal por el que se valora la existencia de los profesionales y los lugares dedicados al mismo. En estos momentos de enfrentamientos, la presencia de heridos que necesitan de los cuidados justifica la mayor presencia en la sociedad de los profesionales encargados del cuidado. Es aquí donde podemos ver claramente la justificación del origen de las diferentes órdenes militares de enfermería que van surgiendo a lo largo de la historia, desde las Cruzadas hasta mucho tiempo después de las mismas, siempre con el mismo objetivo: dar respuesta a las necesidades de cuidados de los heridos y enfermos. Eran un tipo especial de órdenes de enfermería que surgieron en el seno de las hermandades militares; combinaban los atributos de la religión y la caballería, del militarismo y la caridad, en su servicio al prójimo. Se formaron grandes órdenes militares “hospitalarias”, con una clara división de funciones entre sus miembros: los caballeros, hombres de cuna que llevaban armas, protegían a los peregrinos

y luchaban en las cruzadas; los sacerdotes atendían a las obligaciones religiosas en las iglesias, campamentos y hospitales; los hermanos sirvientes (o medio caballeros) tenían como principal responsabilidad atender a los viajeros cansados y cuidar a los enfermos. Tres de estas órdenes de enfermería sobresalen como las más famosas e importantes de la historia: los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos y los Caballeros de San Lázaro (Donahue, 1985).

En España, ya en el siglo XII, podemos encontrar algunos documentos escritos que dejan constancia de una clara actividad de enfermería, sobre todo en hospitales y monasterios.

Esta época no es menos rica que las vistas hasta ahora en lo que a personajes dedicados a los cuidados se refiere. Durante la Edad Media, volvemos a encontrar diferentes denominaciones utilizadas para referirse a los protagonistas del ejercicio del cuidado cotidiano de los enfermos. Entre ellos podemos citar (Siles Gonzalez, J, 1999):

- Las nodrizas siguen desempeñando un papel crucial en la lactancia-crianza de los niños.
- Los esclavos, pese a que de forma progresiva, con la aceptación del cristianismo como religión principal, fueron disminuyendo y desapareciendo, aún juegan en esta época un papel destacable en lo que a los cuidados se refiere. Las esclavas realizaban tareas domésticas y cuidaban enfermos y heridos.
- Las parteras y comadronas: la asistencia a los partos sigue siendo una tarea exclusiva de mujeres. Su papel es más importante si cabe si lo enmarcamos dentro del momento histórico, en el que el aumento importante de la actividad bélica hace mella en las pérdidas demográficas, por lo que la reproducción y, como acontecimiento final, el parto, implican el acto por el que se perpetúa la supervivencia del grupo, de ahí la importancia de sus tareas.
- Las viudas son otra figura habitual en la asistencia a los partos, autorizadas por la Iglesia para realizar esta función. Eran mujeres que estaban estrechamente relacionadas con las diaconisas por sus obligaciones y compartían con ellas el trabajo de ayuda y enfermería. Es una curiosidad citar que su denominación no era sinónimo de su viudedad en sentido estricto, no era necesario que se tratase de mujeres cuyo marido hubiera fallecido, sino que el título de viuda también se utilizaba como acepción de respeto por la edad (Donahue, 1985).
- Dos nuevas figuras que aparecen en este momento de la Historia son el barbero y el maestro sangrador. Entre sus funciones podemos comentar que el barbero lavaba la cabeza y cortaba el pelo y la barba, pero también preparaba y colocaba emplastos y realizaba curas, además de practicar sangrías. Por su

parte, el maestro sangrador supervisaba el trabajo del barbero y además aplicaba ventosas, daba masajes y reducía dislocaciones. Concretamente, el término “barbero” lo encontramos citado ya en el siglo XIII; es en 1283 cuando se puede encontrar por primera vez a los barberos como oficio reconocido (Gallent Marco, M, 1994). Esta deriva de los barberos hacia la cirugía estuvo facilitada o promovida por las luchas profesionales entre médicos y cirujanos. Los médicos del Renacimiento no admitían asociarse con cirujanos, por considerarlos de menor categoría. Los cirujanos se vieron en la necesidad de buscar otras asociaciones para defender sus intereses y se juntaron con los barberos. De esta unión coyuntural y antinatural nació la aproximación y el interés de los barberos por las técnicas llamadas de “cirugía menor”. Pese a todo ello, los oficios de barbero y cirujano fueron siempre muy diferentes ya que, mientras el cirujano era un hombre de estudios universitarios, de menor categoría que los médicos, los barberos carecían de estos estudios. Había tres escalas en la carrera de cirujano: mancebo, romancista y maestro. Mientras, a los barberos con dedicación quirúrgica se les llamaba “cirujanos de bata o traje corto” o de “cuota” para diferenciarlos de los cirujanos de formación universitaria (Alvarez Caperochipi, J, 2010). Estos barberos tuvieron un largo periodo de esplendor, pero en innumerables ocasiones se excedieron en sus atribuciones, lo que ocasionó que fueran ferozmente perseguidos por intrusismo. Una de las principales organizaciones que luchó contra este intrusismo fue la Cofradía de San Cosme y San Damián de Pamplona, que intentó separar claramente la función de barbero de la de cirujano; no llegó a conseguir completamente su objetivo, pero sí que consiguió que los barberos se viesen obligados a solicitar permiso a los médicos antes de actuar, caso por caso.

La santificación por medio de la ayuda y el cuidado a los enfermos es el principal motivo que lleva a la práctica de los cuidados (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005) , por lo que a estos protagonistas del cuidado que acabamos de ver, debemos añadir aquellos que se encargan de los cuidados desde un enfoque más relacionado con la religión (Siles Gonzalez, J, 1999, págs. 166-167):

- Las monjas y los monjes se encargan, dentro de los muros de los monasterios y conventos, del cuidado de enfermos y peregrinos, en los hospicios u hospitales integrados en el edificio monástico. Acogen los votos de obediencia, castidad y pobreza, lo que les permite convivir en el convento y además de dedicarse a los cuidados a pobres y enfermos, acceder a una cultura y a unos conocimientos a los que no podrían acceder en un puesto normal de la familia y sociedad.
- Las viudas, que como ya hemos visto también desempeñaban su función de cuidado desde la perspectiva de la vida cotidiana, también se dedican al aspecto del cuidado más vinculado a la religión.

Ellas sólo pasaban breves espacios de tiempo en el monasterio ya que mantenían sus viviendas particulares en las que con frecuencia también albergaban enfermos sin recursos. Sólo viven para dedicarse a las obras de misericordia, así como para ayudar en el monasterio en aquellas tareas que se les permiten, relacionadas sobre todo con la asistencia social y la sanitaria. Esta figura será con el tiempo la precursora de las órdenes religiosas que se dedicarán a los cuidados, como las agustinas o las hermanas de la caridad.

- Aparece una figura nueva (siglo XIII), las beguinas, cuyo origen se muestra ligado al de las viudas, con objetivos que giran alrededor del cumplimiento de obras de misericordia y la práctica de la caridad cristiana. Sus agrupaciones son denominadas ordenes seculares, ya que mantienen la disciplina en su convivencia, atienden a enfermos, pobres y ancianos, pero no son una orden religiosa, tan sólo hacen votos de castidad y obediencia. Con el tiempo fundan hospitales y se especializan en la asistencia a los enfermos.
- Las órdenes mendicantes se originan a partir del siglo XIII y tienen como referente la obra de Francisco de Asís. Las definen dos características: se ganan la vida pidiendo limosna y viven junto a la gente en las ciudades.

Durante la Edad Media podemos hablar de forma mucho más objetiva de los cuidados, de las personas que los ponen en marcha y de los lugares físicos dedicados a ello. Pero la magia, pese al predominio de la Iglesia, sigue jugando un papel importante, ya que se sigue percibiendo una interpretación mágico-religiosa de la enfermedad, eso sí, seguida y perseguida desde muy cerca por la Iglesia, que durante la Edad Media llevó a cabo una campaña de persecución hacia las mujeres que, según sus criterios, podían acusar de curanderas y brujas.

La familia sigue siendo durante la Edad Media, la estructura social básica de convivencia y de socialización. Las mujeres desempeñan de nuevo la figura principal en el cuidado de enfermos y heridos, situaciones frecuentes durante la Edad Media dada la gran cantidad de batallas, cruzadas y epidemias que tenían lugar. Todo esto dentro de una estructura social patriarcal, en la que la mujer pasa de la dominación del padre a la del marido, pero en la que vuelve a ser la figura clave en la organización y gestión de los hogares y de los cuidados de la familia (Siles Gonzalez, J, 1999).

	PREHISTORIA	EDAD ANTIGUA	EDAD MEDIA	EDAD MODERNA
Estructura social	Grupos, tribus. Familia como estructura básica. Nómadas.	Grupos, tribus. Familia como estructura básica. Sedentarios.	Gran desigualdad según la clase social. Familia extensa como estructura básica.	
Concepto enfermedad	Causada por los espíritus: causas mágicas, religiosas y naturales.	Voluntad de los dioses, visión religiosa. Grecia: inicio perspectiva biologicista. Causas internas + Causas religiosas	Causas naturales, desequilibrio, biologicistas.	
Concepto salud	Es un don natural. Su objetivo es la supervivencia.	Origen divino. Su objetivo es la supervivencia. Inicio de causas internas.		
Tratamiento enfermedad	Predominio de la utilización de ritos mágicos. Remedios naturales.	Origen mágico: encantamientos, exorcismos, sacrificios y ofrendas. Origen interno: empirismo: ttos quirúrgicos, remedios naturales, masajes.		
Responsables del cuidado	Mujeres de la tribu, entorno familiar y vecinal. Hechiceros y brujas. Para la curación: chamanes, curanderos y brujas.	Cuidados cotidianos: la mujer, la familia. Cuidados religiosos- institucionales: -sacerdotes -sacerdotisas	Cuidados cotidianos: -nodrizas -esclavos -parteras y comadronas -viudas -barberos -maestro sangrador Cuidado E. Religioso: -monjas y monjes -viudas -beguinas -órdenes mendicantes	Europa protestante: cuidados en manos de mujeres sin ninguna formación. Europa católica: cuidados en manos de órdenes hospitalarias y congregaciones religiosas dedicadas exclusivamente al cuidado de los enfermos: Orden de San Juan de Dios, Hijas de la Caridad...

TABLA 3 – Evolución de los cuidados

3.A.4- Edad Moderna: 1453 d.C hasta 1789 d.C

Durante la Edad Moderna (S XV-XVIII) nos encontramos con movimientos tan importantes en el curso de la Historia como el Renacimiento y la Reforma protestante, que a la vez tienen una gran influencia sobre el desarrollo y contexto de las ciencias de la salud. La sociedad española de estos siglos era predominantemente rural, con ciudades poco pobladas y con el hambre y las epidemias haciendo estragos entre la población. La desigualdad de clases propició la proliferación de hospitales y asilos de beneficencia a los que acudía la mayor parte de la población (hospitales de Beneficencia, Religiosos, Municipales o Reales), puesto que sólo la aristocracia y la clase burguesa se podían permitir lo que en aquella época se consideraba una asistencia digna, es decir, una asistencia en sus propias casas. Se sigue observando, como en las etapas anteriores, una gran desigualdad de la asistencia recibida según la clase social a la que pertenezca el enfermo.

La asistencia sanitaria prestada en los hospitales españoles durante estos siglos XV al XVII experimenta un importante avance por la preocupación de los monarcas por mejorarla, preocupación que se ve plasmada tanto en la construcción de hospitales como en la reglamentación de los mismos. Este avance también tuvo una gran influencia en el desarrollo de la enfermería, que en poco tiempo ve reflejados sus quehaceres y conocimientos no sólo en los reglamentos de estos hospitales sino también en los primeros manuales (Hernández Martín, F et al, 1997).

Durante la Edad Moderna, las órdenes religiosas que en la Edad Media toman el mando y el protagonismo de la atención a los enfermos, se especializan en su trabajo, dando una gran importancia a la beneficencia como forma de acceso a la asistencia sanitaria. También se empieza a producir un cambio importante por su repercusión en el desarrollo y evolución de las profesiones sanitarias: el Estado va reuniendo cada vez más competencias, la Iglesia deja de ser la máxima responsable de la organización de la sociedad del momento y se empiezan a crear redes civiles que se van haciendo, poco a poco, cargo de la organización de la sociedad y de sus necesidades. Pero este traspaso de poderes no es fácil. El Estado va asumiendo progresivamente competencias de educación, redes viales, atención a personas enfermas..., que hasta ahora asumían otras instituciones, entre ellas la Iglesia, y en muchos momentos se ve desbordado, lo que genera problemas de organización y control, con repercusión directa, en el caso que nos ocupa, sobre la calidad de los cuidados recibidos por los enfermos.

Concretamente en lo que concierne a la asistencia prestada en los hospitales, se observan claramente las diferencias entre aquellos gestionados por las órdenes religiosas y aquellos que son controlados por el Estado: los cuidados en los hospitales religiosos son puestos en práctica por mujeres de las propias órdenes religiosas, por lo tanto sin un horario, sin salario y sin vida fuera del hospital; mientras que los cuidados implementados en los hospitales civiles son aplicados por profesionales, con un salario y un horario, aunque aún no hablamos de una formación propia y reconocida. No tenemos claro si estamos hablando de momento de un avance o un retroceso, aunque lo que si queda recogido en los documentos utilizados es que independientemente del origen de la gestión, los hospitales de la época están pesimamente dotados y, sobre todo, son inhumanos. Acudir a un hospital en aquella época, viendo las descripciones de los mismos, debe parecer uno de los peores castigos posibles, ya que los hospitales se han convertido en un refugio para desahuciados, marginados, enfermos contagiosos, locos y moribundos, de donde entendemos que era difícil volver a salir (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009), lo que explica la resistencia existente en muchos casos para asistir a los mismos.

i- Reforma protestante:1517

La Reforma católica que se inició en 1517 constituye un movimiento religioso que tiene como resultado la división del cristianismo y, a la par, un gran efecto sobre la asistencia sanitaria del momento. La rebelión contra el Papa y las reglas eclesiales dirigida por Martín Lutero propicia que los protestantes se escindan y declaren su independencia de la Iglesia.

En los países protestantes, los gobiernos pasaron a encargarse de la asistencia sanitaria, para lo que reclutan a mujeres sin ninguna formación, e incluso se les llega a conmutar penas de cárcel por prestar estos servicios “sanitarios”. Los cuidados de enfermería quedan en manos de sirvientas y asistentes que cobran un salario miserable, dando a cambio una atención muy deficiente. Este “periodo oscuro de la Enfermería”, entre 1550 y 1850, es testigo de las peores condiciones jamás vividas por la profesión. En esta Europa Protestante, los enfermos pobres son abandonados a su suerte, no existiendo ningún tipo de interés por parte de los gobiernos de elevar los cuidados ni de mejorar las condiciones en los hospitales (Donahue, 1985).

Estamos ante una gran controversia, ya que para una parte del mundo estamos hablando de Siglo de Oro y de periodo de bonanza, pero en lo que a la profesión enfermera y los cuidados se refiere, este periodo de bonanza no es generalizable para toda Europa. En parte de ella hablamos del “periodo oscuro de la enfermería”,

puesto que la aparición del Protestantismo y su consiguiente Reforma, supone para el norte de Europa e Inglaterra un importante retroceso en la atención de enfermería por varias razones. Por una parte, porque son expulsadas las órdenes católicas hospitalarias sin que se sustituyan por otras con funciones similares; los enfermos pobres quedan totalmente desprotegidos, en manos de sirvientes y asistentes sin preparación, que trabajan muchas horas seguidas, cobran salarios muy bajos y dan una atención ínfima al enfermo. Los hospitales se convierten en lugares de desesperación y horror (Molina T, 1973), con unas tasas de mortalidad que aumentan hasta límites escalofriantes. Y por otro lado, la doctrina protestante es muy extremista en cuanto a la intolerancia en lo que respecta a la educación de las mujeres, a las que no se asigna papel alguno en la sociedad. Esta situación produce la privación del acceso a la educación y la reducción de sus actividades, lo que conduce a la enfermera del hospital al nivel más bajo que se conoce en la historia. Todo esto queda resumido en el título con el que se cita con frecuencia este periodo de la historia: “el periodo oscuro de la enfermería”.

Y frente a este escenario encontramos uno muy distinto, el de la Europa católica, en la que los cuidados se continúan prestando por parte de los religiosos, que siguen imprimiendo un carácter vocacional y religioso (Carrasco Acosta, M^a Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José, 2005). Dentro de la Europa católica, España juega un papel importante en todo el proceso de la Contrarreforma. Con una Iglesia que sigue asumiendo responsabilidades en la atención a la salud, nos encontramos con congregaciones que se dedican de forma exclusiva a la atención de los enfermos, como la ya citada de San Juan de Dios y las Hijas de la Caridad, provenientes de Francia. El desarrollo de este denominado Siglo de Oro se constata por la aparición de algunas de las órdenes y congregaciones dedicadas exclusivamente al cuidado y asistencia de los pobres enfermos más importantes de todos los tiempos: la Orden de San Juan de Dios (su fundador muere en Granada en 1550), la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (1567, fecha de la conversión de su fundador, Bernardino de Obregón, joven soldado y amigo de Felipe II) y, algunas décadas después, la Orden fundada por Pedro de Bethancour, la de los Hermanos Selenitas -o Belemitas- con una proyección especialmente americanista. El espíritu de Trento arraiga profundamente en las conciencias de muchos españoles que orientan su caridad hacia la dedicación completa en la asistencia a los pobres enfermos (García Martínez, A.C. y Garcia Martínez M.J, 1997). En contraposición a lo visto en los países protestantes, en la Europa católica, la atención a los enfermos por parte de estas órdenes tiene lugar tanto en los propios domicilios de los pacientes como en los hospitales, iniciándose también el desarrollo de dispensarios en los barrios más pobres de las ciudades con el objetivo de llegar al mayor número posible de asistidos. Esta preocupación por los cuidados y la salud de los mismos también repercute positivamente en la profesionalización de estos cuidados; es por ello por lo que se empieza a hablar de especialización en los cuidados. Concretamente la orden de San Juan de Dios se especializa

en el cuidado de enfermos mentales y niños, y pasa posteriormente además a jugar un papel relevante en la formación de la enfermería a través de sus manuales y documentos (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

Nos encontramos por lo tanto ante una situación en la que, mientras que en la Europa del sur (caso de España) los cuidados continuaron en manos de los religiosos y el nivel de estos fue superior durante estos años, viviendo incluso un momento de esplendor, en la Europa del norte se instaura el protestantismo y se inicia un retroceso en la asistencia a los enfermos que duraría siglos.

De todas formas, aunque en España la calidad de los cuidados no se ve tan afectada por las consecuencias de la Reforma Protestante, sí que es necesario reconocer que, respecto de la atención a los enfermos, que hasta el momento había sido asumida prácticamente en su totalidad por personas vinculadas a la iglesia, se experimenta un aumento de la asunción de estos cuidados y de la organización sanitaria por parte de los Estados, consecuencia directa del decaimiento de los ideales religiosos, cristianos en este caso, que se producen durante la Reforma. Este trasvase de responsabilidad en los cuidados da lugar a un estancamiento en el avance y desarrollo de los cuidados enfermeros.

ii- Siglo de oro de la enfermería: 1550-1650.

El avance de la enfermería en España se gesta durante los años del conocido como “Siglo de Oro de la enfermería española”, comprendido entre los años 1550 y 1650, ya que durante los mismos se produjeron varios hechos que supusieron un gran avance para la enfermería:

- Por una parte, como continuación de la tendencia católica que asume España durante los años de la Reforma protestante, siguen apareciendo y expandiéndose órdenes religiosas que tienen como objetivo fundamental la asistencia a los pobres y la prestación de cuidados. Las principales órdenes religiosas encargadas de prestar cuidados que podemos encontrar durante estos años en España son, entre otras, la orden Hospitalaria de San Juan de Dios o de los Hermanos Hospitalarios y Las Hijas de la Caridad, fundada por San Vicente de Paul, que llegan a España en 1673. Es importante resaltar el trabajo de atención en casa de esta comunidad, brindando no sólo cuidados de enfermería sino también apoyo espiritual a los enfermos. También encontramos la orden de los Hermanos Obregones, Los Hermanos Camilos y la Orden Belemita. En ellas, los cuidados eran realizados casi en su totalidad por varones y tienen como finalidad fundamental la reparación.

- Por otra parte, nos encontramos con la aparición de los primeros manuales escritos por enfermeros para la formación del personal de enfermería, “por y para enfermeros”. Por primera vez se toma conciencia de la enfermería como oficio con entidad propia y con necesidades específicas de estructura y conocimientos. Podemos destacar tres manuales:

"Instrucción para enfermeros" de Andrés Fernández, Madrid 1625. Considerado como un documento importante en la historiografía de la enfermería, ya que constituye el primer libro escrito sobre el arte de los cuidados, en el que se resalta la relevancia de los mismos, sobre todo en los hospitales, con los religiosos como responsables directos de la asistencia los enfermos (Fernandes de Freitas, G; Siles González, J, 2008). Aunque todavía se observan algunos puntos que no tienen ninguna base científica, la mayor parte de la obra lo es, abarcando contenidos como: descripción de técnicas y procedimientos terapéuticos utilizados por enfermeros; prestación de cuidados de enfermería en determinadas enfermedades y situaciones de urgencia; preparación, indicación y administración de diferentes formas medicamentosas, entre otros.

La realización de este manual significa la primera delimitación clara de los conocimientos que toda buena enfermera debía poseer para realizar bien su oficio, con lo que su publicación puede considerarse como todo un hito en el quehacer de las enfermeras; significa, además, la delimitación de una profesión que hasta el momento carecía de unos perfiles nítidos, y que desde la publicación de la obra tiene un referente más preciso en donde podían mirarse los enfermeros para elevar su formación asistencial. Igualmente, el hecho de que sea un enfermero, y no un médico, escritor habitual de este tipo de obras, el que redacte un tratado de cuidados de este nivel, supone un reflejo de la elevada formación que algunos de estos cuidadores han llegado a alcanzar (García Martínez, A.C. y Garcia Martínez M.J, 1997). A lo largo de 31 capítulos y 232 páginas, Andrés Fernández realiza un meticuloso recorrido por los principales temas relacionados con los cuidados de calidad y los profesionales que los aplican (García Martínez, A.C. y Garcia Martínez M.J, 1997).

"Directorio de enfermeros" de Simón López, de 1651, constituye otro de los primeros manuales y, pese a que no llega a imprimirse, aporta un conocimiento muy detallado del mundo de la enfermería durante este periodo. Hace un nuevo planteamiento de las funciones de enfermería desde una perspectiva que contempla todas las facetas de los cuidados, la administración, la docencia y la investigación. Este manual, al igual que el anterior supone los primeros intentos de delimitación de los conocimientos propios de la enfermería y con ello la definición de la profesión, estableciendo la relación de los enfermeros con otras profesiones y otros

profesionales, como los médicos, los boticarios y los cirujanos, así como los marcos de actuación respecto a los mismos (Hernández Martín, F et al, 1997).

Por último, destaca el manual “Instrucción de Enfermería y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir en los accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos”. De autor desconocido, realiza una descripción detallada de técnicas básicas como la aplicación de tratamientos (fomentos, enemas...) o la forma correcta de realizar una cama con las necesarias características de confort para el paciente.

3.A.5- Revolución industrial: Siglo XIX.

Ya en el siglo XVIII nos encontramos con un entorno social en el que empieza a despuntar la industrialización que culminará en el siglo XIX con la Revolución Industrial. La población sufre un cambio importante: se produce un movimiento migratorio del campo a la ciudad, donde están las industrias, lo que provoca en muchos casos situaciones de hacinamiento en los núcleos urbanos, con una cada vez más marcada diferencia de clases sociales. Estos cambios en el estilo de vida tienen una repercusión directa sobre la salud de la población, ya que se produce un aumento de las enfermedades infecto-contagiosas y aparecen nuevos problemas de salud, hasta ahora inexistentes o poco relevantes, relacionados con las nuevas formas de trabajo: accidentes, enfermedades profesionales... Además, la pérdida de la salud toma un nuevo valor y pasa a convertirse en un problema social, ya que la persona enferma deja de producir, por lo que se comienza a desarrollar una “medicina socializada”, cuyo principal objetivo es “reparar” al enfermo para que pueda volver al trabajo. La atención a la salud tiene una finalidad fundamentalmente curativa, de tratamiento de la enfermedad. Estos dos siglos, XVIII y XIX, tienen una gran repercusión en la historia de la sanidad, de las profesiones sanitarias, y entre ellas, de la enfermería. Es en estos siglos en los que tiene lugar un claro aumento de las demandas sanitarias como consecuencia del crecimiento incontrolado de las ciudades que, como hemos visto, dispara el número de enfermedades infecto contagiosas, pero que además ahora, aparte de la connotación fisiológica, tienen una vertiente económica, ya que la enfermedad aparta a la población del trabajo, y la nueva sociedad que se está instaurando necesita de hombres productivos para hacerse un lugar en ella. Es relevante el hecho de que la población aumente sus demandas respecto a su salud, ya que son estas las que dan sentido y justifican la existencia de una profesión. Este importante aumento de la demanda asistencial tiene como consecuencia directa la puesta en marcha tanto de centros sanitarios con profesionales sanitarios, ya que los recursos existentes hasta el momento, principalmente de origen religioso, se ven desbordados (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

El siglo XIX se incorpora a la Historia con cambios en los responsables de los cuidados, y así hallamos gran variedad de términos utilizados a lo largo de sus 100 años para denominar a los profesionales de los cuidados. Son múltiples los términos, difícil su diferenciación y delimitación sobre el papel, y más difícil aún su regularización en la práctica diaria. Sobre ellos vamos a hacer un rápido repaso, ya que nos detendremos más extensamente en cada una de estas figuras en el capítulo cuatro.

Ya en 1804, con la publicación de la normativa de la Real Cédula de 1804, se reconocen entre otras las titulaciones de “cirujano romancista” y la de “sangrador”. A los cirujanos romancistas no se les exige ninguna formación previa, pero deben cursar en el Colegio de Cirugía cinco años de estudios y se les faculta para poder realizar todas las operaciones pertinentes en las enfermedades externas, incluida la técnica de la sangría, si bien no pueden recetar medicación “interna” en las enfermedades mixtas ni en las internas. A los aspirantes al título de sangrador, en cambio, se les exige la realización de prácticas al menos durante tres años con un cirujano, que emite un certificado para que el aspirante pueda realizar el examen. (Herrera Rodríguez, F, 2000).

En 1836, la reina gobernadora, ante las demandas de los cirujanos sangradores para que se cambie la denominación a su título, determina la estamentación de los cirujanos, quedando de la siguiente forma:

- Cirujanos de 1ª: cirujanos-médicos
- Cirujanos de 2ª: los conocidos como cirujanos de colegio
- Cirujanos de 3ª: los cirujanos-sangradores
- Cirujanos de 4ª: los de categoría inferior no incluidos en las anteriores (Herrera Rodríguez, F, 2000).

Esta nueva clasificación provoca el cambio de denominación por la que, a partir de 1836, los cirujanos-sangradores pasan a denominarse Cirujanos de Tercera Clase. Pero no dura mucho esta nueva denominación, ya que en tan solo siete años, en 1843, tiene lugar la unificación de la medicina y la cirugía, y los Cirujanos de Tercera Clase son sustituidos por una nueva profesión sanitaria denominada “práctica en el arte de curar” con unos profesionales que la practican llamados “prácticos en el arte de curar”. Esta unificación está directamente relacionada con la firma por Fermín Caballero, en octubre de 1843, de un nuevo y polémico plan de estudios que regularía la enseñanza de la medicina, y por la cual se determinan dos tipos de escuelas para las enseñanzas del personal sanitario: las facultades y los colegios. En los Colegios se centraría la enseñanza de las materias que

otorgaban la capacitación para el ejercicio de la cirugía menor, la obstetricia y la medicina elemental, y recibirán el nombre de Prácticos en el arte de curar todos aquellos que cursaban estas materias.

Estos nuevos profesionales (los prácticos en el arte de curar) tienen autorizadas las actividades de cirugía menor, la atención a partos y la medicina elemental. Al igual que los cirujanos-sangradores, es una figura creada para poder llegar a aquellos rincones del territorio a los que no llegaban de forma habitual el médico-cirujano. Si la trayectoria de los Cirujanos de Tercera Clase había sido corta, más lo es la de los Prácticos en el Arte de Curar, ya que tan sólo dos años después de su aparición, en 1845, se aprueba el nuevo Plan General de Estudios por el que se suprimen los Colegios de Prácticos en el arte de curar. Pero en esta ocasión no se crea una figura que dé el relevo a los Prácticos.

Ante este vacío de “título” en 1846 se dicta un reglamento para ejercer la cirugía menor o ministrante, y es en él en el que se basa la hipótesis de la existencia de un nuevo profesional llamado Ministrante que sustituiría a los Prácticos en el arte de curar. Esta figura nace normativamente a mediados del Siglo XIX, con el Decreto de 17 de septiembre de 1845, por el que se aprueba el plan general de estudios, y por el que se establece la necesidad de regular las condiciones por las que se autoriza para ejercer la sangría y demás operaciones de cirugía menor o ministrante en el ámbito hospitalario. No es éste el único documento legal en el que se tratan y regulan las actividades y circunstancias que rodean a los ministrantes o cirujanos menores.

En 1846 se publica un nuevo reglamento a través de la Real Orden de 29 de junio, por la que se dictan aspectos relativos a las reglas para ejercer la Cirugía menor o ministrante. Para aspirar a este título, la normativa establece la necesidad de haber servido dos o más años en el destino de practicante de cirugía, en hospitales con al menos cien camas. En el artículo siete trata específicamente la autorización para hacer sangrías generales o tópicas, así como aplicar medicamentos al exterior, poner toda clase de cáusticos y hacer escarificaciones, limpiar la dentadura, extraer dientes y muelas y ejercer el arte de callista (Quintairos Dominguez, 2008).

Es una figura que tiene una corta duración en la historia de la enfermería, ya que en 1857 se publica la ley que da paso a la figura del practicante. Incluso podemos encontrar autores, como J.A. Ávila que tras los estudios pertinentes, llega a cuestionar la existencia oficial del ministrante (Avila Olivares, JA, 2010). J.A. Ávila llega a la conclusión de que, pese a que en la historia de la profesión de la enfermería está aceptado el hecho de la existencia de unos antecesores a las actuales enfermeras que se denominaron ministrantes, las investigaciones por él realizadas llevan a afirmar que realmente no existieron los ministrantes, que “esta

denominación fue el nombre profesional, social e incluso institucional, que se le otorgó a los individuos que ejercían la Cirugía Menor o Ministrante, pero que no eran otros que los sangradores, a los que se les había conferido un nuevo plan de estudios”.

El 9 de septiembre de 1857 la Ley de Instrucción Pública, también conocida como Ley Moyano, manda suprimir las enseñanzas de cirugía menor, ministrante y partera (Art. 40 y 41 de la Ley Moyano), pasando a oficializar las carreras de Practicante y Matrona. Con la Ley Moyano de 1857, los escasos barberos cirujanos de traje corto que quedaban pudieron asimilar y equiparar sus oficios a los de practicante.

En 1860 y 1861 se publicarán los primeros Reglamentos sobre la enseñanza de Practicantes. En concreto la normativa de 1861 establece la organización de la enseñanza de estos profesionales, determinando que los estudios se realizan en cuatro semestres, en los que se cursan las siguientes materias: nociones de “anatomía exterior” del cuerpo humano; el arte de los “vendajes” y de los “apósitos”; el arte de hacer las “curas”; los modos de aplicar a la piel los “tópicos irritantes” y los “cauterios”; la “vacunación”; la forma de realizar las “sangrías” generales y locales y, por supuesto, el arte del dentista y del callista (Herrera Rodriguez,F, 2000).

Las matronas reciben también con esta Ley de Instrucción Pública el reconocimiento legal que las constituye como grupo profesional reconocido.

Pero antes de acabar el siglo aún nos vamos a encontrar con otras dos denominación: los Facultativos de Segunda Clase, que son constituidos en 1866 (Real Decreto 7 de noviembre 1866) y pasan a sustituir a los Practicantes (Montesinos Vicente, F, 2011), y los Cirujanos Dentistas, constituidos en 1875 (Real decreto de 4 de junio de 1875), como continuidad de las actividades de dentista que venían ejerciendo los Practicantes (Montesinos Vicente, F, 2011). Y en 1886, un Real Decreto del Ministerio de Fomento equipara de manera definitiva los títulos de Médico y Cirujano.

Todo lo visto hasta el momento, como mínimo, nos puede llevar a pensar que nos encontramos ante un gran problema estructural que debilita la reafirmación de la enfermería como profesión: tanta cantidad de profesiones, denominaciones distintas y titulaciones diferentes, lo que genera principalmente son confusiones, conflictos de competencias y continuas luchas de reivindicaciones para el reconocimiento del nivel de cada una de ellas.

3.A.6- Etapa de profesionalización de la enfermería: Siglo XX.

Ya adentrándonos en el siglo XX, nos encontramos con una nueva etapa de nuestra profesión, conocida como etapa de la profesionalización, en la que la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad que se va definiendo en la atención a la salud de la población. La llegada a este punto ha supuesto un largo camino, durante el cual han sido muchos los factores que han ido influyendo en el progreso de la enfermería. Entre estos podemos destacar tres: la asunción por parte de enfermería de un mayor número de competencias, entre las que se encuentran la formación de los propios profesionales de enfermería, así como el impulso de la investigación y la gestión; la creación de organizaciones profesionales que luchan por elevar la calidad de la profesión y potenciar su reconocimiento; y la aparición de normas legales que regulan la formación y el ejercicio de la profesión. Todos ellos tienen lugar simultáneamente, lo que facilita el gran impulso de la profesión enfermera tal y como hoy la conocemos.

Un ejemplo de los esfuerzos de las organizaciones profesionales relacionadas con la profesión y esta lucha por la calidad y reconocimiento de la misma lo podemos encontrar expresado explícitamente en el Artículo 14 del “Reglamento para la colegiación voluntaria de Practicantes de la Provincia de Valencia” del Colegio Oficial de Practicantes, publicado en 1903, y en el que se cita textualmente: “ Al hacer un nuevo contrato en cualquier partido o con un profesor particularmente, tratará todo colegiado de que en dicho contrato no figure la obligación de rasura, ó sea, el oficio de barbero, puesto que por este medio se obtendrán ventajas para la dignificación del practicante, sin que por éste deje de tener su establecimiento de peluquería o barbería si así lo creyese oportuno” (Reglamento para la Colegiación Voluntaria de Practicantes de la Provincia de Valencia, 1903). Evidentemente la redacción definitiva y publicada en la creación de la institución fue fruto de debates internos al final del siglo XIX.

Pero también hay otros factores que influyen en este proceso, como son los sociológicos. Factores relacionados con los cambios que se producen a nivel sociológico sobre aquellos temas y campos abarcados por la profesión. Estamos hablando entre otros, de cambios en la concepción del ser humano, que pasa a ser considerado como un ser tridimensional, formado de manera inseparable por un cuerpo y un espíritu, que hace imprescindible considerarlo como un ser integral, y tratarlo en sus tres aspectos: fisiológico, psicológico y social; cambios en el concepto de salud-enfermedad, porque la salud pasa a considerarse como una riqueza para cualquier país, y una necesidad de la humanidad. La sociedad ya no exige sólo la atención a la enfermedad, sino que hace explícita una demanda del mantenimiento, de la promoción de la salud, y de la rehabilitación de la

misma, de su población. Ya hemos podido comprobar, en el punto del documento en el que nos encontramos, cómo a lo largo de la historia estos factores sociológicos han determinado en gran medida las características de la persona encargada de los cuidados, ya sea en la tribu, ya sea en las ciudades que se crean con la industrialización.

En España la enfermería no existe aún como profesión. No es hasta septiembre de 1857, con la publicación de la “Ley de Bases para la Institución Pública”, conocida como “Ley Moyano”, cuando se inicia la regulación de todas las profesiones sanitarias en España, y posteriormente en 1861, con la publicación del reglamento para las enseñanzas de practicantes y matronas, pero no de enfermeros.

Otra de las instituciones que han jugado un papel fundamental en el desarrollo de la enfermería y de la formación de sus profesionales es la Institución de la Cruz Roja. Como hemos visto, ya desde la Edad Media, y realmente, durante toda la existencia de la humanidad, los momentos bélicos han originado una clara demanda creciente de cuidados de enfermería, consecuencia directa del aumento de heridos en la batalla. Por esto hemos comentado que la historia de la enfermería y los momentos bélicos por los que ha pasado la humanidad, tienen una relación directa. La Institución de la Cruz Roja ha tenido un papel importante en el desarrollo de la profesión, tanto reclutando mujeres para asistir a los heridos de guerra, como en la formación de los profesionales que imparten estos cuidados. Las escuelas de enfermería de la Cruz Roja gozaron de mucho prestigio, y aún hoy en día sigue vigente alguna de ellas (Madrid, Sevilla...). Su origen lo podemos encontrar en la batalla de Solferino (1859), momento en el que su fundador, Henry Dunant, viendo las devastadoras consecuencias de la carencia de cuidados en los heridos de guerra, crea la institución, en cuya organización influyen mucho los valores militares (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2009).

Durante el siglo XX seguimos hallando una gran variedad de denominaciones utilizadas para designar a los diferentes responsables de la ejecución de los cuidados de salud, llegando ya al término de enfermería para referirse explícitamente a la profesionalización de los cuidados. Pero hasta llegar a la denominación actual, como hemos dicho, podemos citar algunas más que amplían la larga lista ya citada.

Entre 1902 y 1904 son constituidos los profesionales denominados “practicantes autorizados para la asistencia a partos normales” (Real orden de 13 de mayo de 1902) y los “practicantes en Medicina y Cirugía” (Real decreto de 10 de agosto de 1904) (Montesinos Vicente, F, 2011).

No es hasta 1915 cuando nos tropezamos por primera vez con el término “enfermeras”, constituidas inicialmente por Real decreto de 7 de mayo de 1915, que pasan en 1953 a denominarse Ayudantes Técnicos Sanitarios a través del Real Decreto de 4 de diciembre de 1953, en el que se unifican las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera.

En 1957 se constituye la primera especialidad propia de las Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos: la “Especialidad de Asistencia Obstétrico-matrona femenina” (Real decreto de 18 de enero de 1957). Concretamente esta denominación sufre variaciones posteriores, antes de acabar el siglo XX: en 1980 esta misma especialidad cambia de nombre y pasa a denominarse Especialidad de asistencia obstétrico-matrona, perdiendo con ello la limitación por sexo que se le aplicaba en el anterior término; y en 1987 pasa a denominarse Especialidad obstétrico-ginecológica de los Diplomados en Enfermería, que a continuación nombramos.

Ya en 1977 llegamos a la última denominación del siglo XX: Diplomados en Enfermería, constituida como tal a través del Real decreto de 23 de julio de 1977.

EDAD MODERNA		SIGLO XX	
1804	Cirujano Romancista Cirujano Sangrador	1902	Practicantes en medicina y cirugía: anterior practicante Practicantes para asistir a partos normales: anterior matrona
1836	Cirujanos de 1ª : cirujanos – médicos Cirujanos de 2ª: cirujanos de colegio Cirujanos de 3ª: cirujanos sangradores Cirujanos de 4ª: no incluidos en los anteriores. De categoría inferior.	1915	Enfermeras: anteriores practicantes
1843	Prácticos en el arte de curar (Antiguos Cirujanos de 3ª o cirujanos sangradores)	1953	Ayudantes Técnicos Sanitarios: Practicantes + Matronas + Enfermeras
1846	Ministrantes o cirujanos menores	1957	Especialidad de asistencia obstétrico-matrona femenina
1857	Practicante: anterior cirujano menor/ministrante. Matrona: anterior partera	1980	Especialidad de asistencia obstétrico-matrona
1866	Facultativos de 2ª clase Cirujanos dentistas	1987	Especialidad obstétrico-ginecológica
		1977	Diplomados en enfermería

TABLA 4 – Cambios de denominación en los profesionales encargados de los cuidados enfermeros. Edad moderna y siglo XX

ESTRUCTURA DE TESIS

PRIMERA PARTE

CAPITULO 2

El siglo XIX: contexto socio político y su repercusión en la atención sanitaria

2.A- CONTEXTO SOCIO POLÍTICO A NIVEL MUNDIAL

Hablar del siglo XIX nos ubica en una época de la historia, la Edad Contemporánea, caracterizada ante todo por el gran número de revoluciones que tienen lugar y por los acelerados cambios que modifican el orden establecido hasta el momento. Para delimitar temporalmente esta época histórica, la mayoría de la documentación consultada utiliza el año 1789 como punto de inicio, por la Revolución Francesa que en ese mismo año da comienzo, pero deja un final sin concretar, dado que el momento presente que vivimos es aún considerado Edad Contemporánea.

Las guerras napoleónicas ponen en juego a países como España, influyendo en sus políticas y culturas, pero también la Revolución Industrial supone múltiples cambios sociales. La transformación de los trabajos artesanales en industriales da pie al surgimiento de dos nuevas clases sociales hasta ahora inexistentes: la burguesía industrial y los obreros.

Todos estos cambios que tienen lugar en el siglo XIX no sólo afectan a la economía y la demografía, sino que también tienen consecuencias que se evidencian en todos los aspectos de la cultura y de la asistencia sanitaria prestada a la población.

Para poder dar una visión global del entorno en el que se desarrolla el siglo XIX vamos a recoger unas pequeñas pinceladas sobre los acontecimientos culturales, artísticos e ideológicos más relevantes de este siglo.

En el apartado artístico, el siglo XIX da sus primeros pasos marcado por el romanticismo, movimiento en el que los artistas reflejan en sus pinturas una visión romántica de la realidad, con unos valores muy definidos que ensalzan una manera determinada de sentir, dando especial relevancia a los sentimientos, a la exaltación de las pasiones, a la libertad imaginativa y al individuo. Pero hacia la mitad del siglo, este movimiento artístico deja paso al realismo, en el que los artistas se implican en los grandes cambios y conflictos que están teniendo lugar en el mundo y utilizan su arte para reivindicar el apogeo de esa realidad, para retratar la importancia de los temas que eligen por su trascendencia en el momento presente, siempre tomando como referencia tareas y personas normales y reales. A finales de siglo nos vamos a encontrar con un último movimiento artístico, el impresionismo, que empieza a dar sus primeras pinceladas.

La organización de la sociedad también se ve modificada por todos los cambios que tienen lugar a lo largo del siglo, y se produce la aparición de nuevas clases sociales inexistentes hasta el momento. Como reflejo de este hecho, durante este siglo nos encontramos con una estructura social organizada en las siguientes clases sociales:

- La nobleza / aristocracia, con una gran importancia hasta el momento, se integra en la nueva clase social creada como consecuencia de la revolución industrial y de todos los cambios que la acompañan.
- La burguesía, que nace y se convierte en la nueva clase social dominante a partir de este momento
- El clero, que sigue apareciendo como clase social, aunque durante este siglo verá cómo sus bienes se reducen debido, entre otros, a procesos como la desamortización de Mendizábal.
- Por último, la población activa u obrera, en la que se pueden diferenciar dos grupos: los jornaleros, que trabajan las tierras de los burgueses; y los proletarios, que pasan a trabajar en las fábricas.

Como corrientes ideológicas más destacadas, el siglo XIX se ve atravesado por tres tendencias que lo marcan e influyen en el devenir de los diferentes acontecimientos y que, como consecuencia directa, van a influir en el concepto de salud/enfermedad y en el tratamiento de la misma. Por una parte, el positivismo, que surge como oposición al idealismo romántico de principios de siglo y que apuesta por la utilización del método científico, basado en la observación y la experimentación, para la explicación y el tratamiento de los acontecimientos. También encontramos pensamientos relacionados con el marxismo, que ve la historia como una lucha de clases, siendo su objetivo la transformación de la sociedad; y con el Krausismo, que aboga por una concepción del hombre como una combinación entre materia y espíritu.

A nivel científico, nos encontramos con el desarrollo de teorías tan influyentes como la Teoría de la Evolución de Darwin y la de las Leyes de la Herencia de Mendel, que claramente influirán en el devenir futuro de las ciencias médicas.

Pero dentro de todos los acontecimientos del siglo XIX, es quizás la Revolución Industrial el fenómeno socio-histórico más relevante y que más determina el desarrollo a nivel mundial.

2.B- CONTEXTO SOCIO-POLITICO A NIVEL NACIONAL. SU REPERCUSIÓN EN LA SANIDAD ESPAÑOLA.

El inicio de la Época Contemporánea en España está marcado por dos acontecimientos principales. En primer lugar, se produce algo imprevisible, de tipo catastrófico, como es la invasión napoleónica de 1808 y la consiguiente guerra, con la que se inicia un largo periodo bélico de 30 años que dejará una huella profunda en nuestro país en el siglo XIX. Y en segundo lugar, la modificación lenta pero profunda que tiene lugar en el sustrato social a lo largo del final del siglo XVIII y principios del XIX.

Carlos IV recibía en diciembre de 1788 una importante herencia: la monarquía española, que sigue siendo una importante potencia mundial. Pero Carlos IV hereda una monarquía con un sistema político y una organización preparados para tiempos de paz, y que ha dado muy buen resultado, pero que no sirve para el momento en el que Carlos IV sube al trono, con la Revolución Francesa a punto de estallar (Romero Samper, 2004).

El andamiaje institucional del Antiguo Régimen y el poder que en él residía se vienen abajo de pronto, por el súbito hundimiento en 1808, con la invasión napoleónica, de toda la organización del momento. Este “vacío de poder” hace necesaria una sustitución apresurada, y las alternativas que tiene el pueblo español en ese momento son sólo dos: la ofrecida por Napoleón en el Manifiesto del 25 de mayo de 1808, al proponerse a sí mismo como el “reformador” que España necesita, concretando este ofrecimiento en la Constitución de Bayona; o la de los doceañistas de Cádiz, plasmada en la Constitución de 1812. De estas dos posibilidades, y ante la situación de guerra nacional frente a la invasión francesa, se hace posible el nacimiento de un poder nuevo que desemboca en las Cortes de Cádiz (Palacio Atard, 1981, pág. 21)

El término “Antiguo Régimen” es repetido y utilizado como punto de finalización y de inicio en todos los textos consultados. Una de las autoras consultadas, Milagrosa Romero, define el Antiguo Régimen como “el sistema político, social y económico vigente en el Occidente Cristiano, desde la Edad Media hasta la revolución liberal”. Se trata de una estructura política cuya cabeza es el soberano, en quien reside la capacidad de gobernar sobre una sociedad organizada en estamentos con funciones y privilegios bien diferenciados; precisamente estos privilegios son uno de los principales objetivos de los reformadores ilustrados. En España, durante la vigencia del Antiguo Régimen, nos encontramos con tres estamentos claramente diferenciados: por una parte tenemos a la nobleza, entre ellos “los Grandes de España”, que ocupan lo más alto del escalón y son los que mayores

riquezas e influencias políticas acaparan. El clero es otro de los estamentos presentes en el Antiguo Régimen, con una gran jerarquización dentro del mismo, y a la cabeza del cual se encuentran los cardenales, arzobispos y obispos. Ambos estamentos gozan de grandes privilegios que implicaban importantes diferencias, entre ellas ventajas legales y fiscales. Y por último, nos queda el estamento del “estado llano”, en el que podemos incluir a los burgueses, campesinos y artesanos, estos últimos agrupados en los gremios o corporaciones de oficios (Romero Samper, 2004).

Esta organización estamental de la España del Antiguo Régimen tiene su influencia directa sobre la sanidad y la asistencia prestada durante la época. Por una parte, la Iglesia, que como hemos visto tiene un peso importante en la organización social, también tiene un papel destacado en la labor asistencial que despliega, en un tiempo en el que el sistema público de beneficencia, lo que hoy llamaríamos sistema de seguridad social, sólo existe en las mentes de los gobernantes ilustrados. La Iglesia se encarga del mantenimiento de hospitales, hospicios y todo tipo de “obras pías”, además de escuelas e instituciones de enseñanza de diferentes tipos. Esta actividad asistencial llevada a cabo por la Iglesia se ve muy afectada por el proceso de desamortización que tiene lugar ya en el siglo XVIII, durante el reinado de Carlos III (1716-1788), quien presenta esta subasta de los bienes de las cofradías y las obras pías como la clave para poder obtener el dinero suficiente para crear un sistema de beneficencia público, dependiente del estado, del poder central, siguiendo la tendencia de los gobiernos europeos de la época. Por otra parte, dentro del estado llano, nos encontramos también con estructuras que cumplen la función asistencial. Concretamente, se trata de las cofradías o gremios, que prestan asistencia médica y económica a sus miembros en caso de enfermedad, se ocupan de los funerales y asisten a las familias, y llegan incluso a educar a los huérfanos menores de edad (Romero Samper, 2004).

A finales del siglo XVIII, Carlos IV (1788-1808) y su ministro Godoy se implican en la gestión de los hospitales y la atención a los enfermos, debido fundamentalmente a la expropiación de bienes de la Iglesia por parte del Estado, incluyendo conventos, monasterios, y otras instituciones en las que se llevaban a cabo los cuidados, entre otras actividades. Esto contribuye a la degradación de la atención sanitaria en muchos de los hospitales españoles (Fernandes de Freitas, G; Siles González, J, 2008). Pero Godoy persigue un fin distinto al de Carlos III. Para él, el producto de vender los bienes de fundaciones, hospitales, hospicios, casas de expósitos y obras pías, se destinó a la “Caja de Amortización” con el fin de financiar la deuda pública, desbordada a causa de las guerras con la Francia revolucionaria primero y con Inglaterra después. La desamortización de Godoy afectó a casi una sexta parte de las propiedades eclesiásticas. El problema se produce al no crear el Estado un

servicio público asistencial que sustituyera al “desamortizado”, lo que creó un gran vacío en la asistencia sanitaria durante el siglo XIX y hasta bien entrado el siglo XX (Romero Samper, 2004).

Como ya hemos comentado, de todos los acontecimientos del siglo XIX, es la Revolución Industrial el fenómeno socio-histórico más relevante y con más repercusión en el desarrollo del mismo a nivel mundial, y por inercia, a nivel nacional. La Revolución Industrial supone el triunfo de algunos elementos que hasta ahora habían sido dominados por sus contrarios: se observa un predominio de la razón sobre el espíritu, de la ciencia sobre lo irracional, de lo urbano sobre lo rural, de la industria sobre la artesanía, de lo público sobre lo privado y de lo social sobre lo individual, entre otros. Este cambio en el rumbo de la sociedad se manifiesta en todos los ámbitos del momento:

- En el terreno político, el Estado aumenta su poder de forma considerable tanto en el ámbito administrativo como en sus competencias. De forma progresiva va absorbiendo el control, entre otras, de las instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos. Este control dará lugar, con el paso de los años, a los diferentes seguros sociales.
- A nivel económico, se produce un gran aumento en la demanda de trabajadores para cubrir el crecimiento de la actividad industrial. La población sufre una progresiva incorporación al mercado de trabajo, lo que los convierte, a efectos prácticos, en una pieza clave del proceso de producción, por lo que pasa a tener gran relevancia el mantenimiento de la población activa en plenas condiciones físicas y psíquicas.
- En el campo social, siguiendo la línea liberal que acontece en este siglo, nos encontramos con unas concepciones igualitarias para la población que se plasman en una política benefactora para todos.

Pero en estos primeros años del siglo XIX no sólo asistimos a acontecimientos tan importantes para el futuro de España como la Guerra de la Independencia, sino que también tienen lugar relevantes cambios en la sociedad del momento, en su estructura y sus características. Hasta este momento nos encontramos con una sociedad estamental constituida sobre una base de población campesina, organizada jerárquicamente y en la cual la aristocracia ejercía funciones de dominación, prestigio y poder. La parte más amplia y con menos poder de la sociedad la constituye la población general, y por encima de ella se sitúan el clero y la nobleza, presididos todos ellos por el poder del rey, por una monarquía absolutista. Esta estructura se ve modificada durante finales del siglo XVIII y todo el XIX. Se instaura una nueva estructura social en la que las clases medias y la mentalidad burguesa tienen un papel esencial, sustituyendo a la antigua aristocracia. Este cambio social no se produce de

forma brusca, sino que van teniendo lugar cambios poco a poco y a lo largo del tiempo, siguiendo un proceso continuo de disolución de la sociedad estamental antigua para pasar a una nueva sociedad afianzada sobre el principio de la igualdad ante la ley de todos los ciudadanos (Palacio Atard, 1981).

En la sociedad del Antiguo Régimen, el poder residía en el rey y en la nobleza, porque eran ellos los que tienen la posesión y el control del principal medio de producción económica del momento, la tierra. Este control se conserva siempre entre las mismas personalidades, mediante los arreglos entre matrimonios y las leyes de sucesión, lo que mantiene el equilibrio y el poder en el mismo estamento social. Pero con el cambio social que acontece, también se producen cambios en este aspecto, pasando la burguesía a competir con la antigua nobleza por el control de la sociedad.

Y por último, en el plano ideológico, estamos ante un cambio de valores. Empiezan a cobrar mayor importancia los aspectos relacionados con la seguridad frente a los espirituales (Francisco del Rey,C; Benavent Garcés, M^ªA; Ferrer Ferrandis,E, 2009)

Todos estos acontecimientos y cambios en la forma de pensar y trabajar tienen repercusión sobre la sociedad, a nivel político, social y cultural y, por extensión, sobre la concepción y función de los cuidados enfermeros.

La Revolución Industrial no se implanta ni avanza del mismo modo en todos los países de Europa. Nuestro país en particular se adentra en esta Revolución algo más tarde que el resto. Esto es así por las dificultades que encuentra este avance en nuestra sociedad; entre otros temas, por la resistencia a la introducción y aceptación de las propuestas de la burguesía liberal, lo que retrasa el paso de la sociedad rural a la urbana, lo que condiciona todo el desarrollo social posterior. Como consecuencia directa de esta demora, la Iglesia sigue ocupándose de los sectores benéficos de la asistencia, mientras que el Estado asume el papel principal en el desarrollo del sistema sanitario, incluyendo la higiene pública y la atención en hospitales y domicilios.

En lo que respecta al aspecto político en España, el siglo XIX lo podemos estructurar en cinco etapas, en las que tienen lugar acontecimientos que determinan cambios y sucesos relevantes para toda la población, su cultura, su sanidad y, como consecuencia, su salud.

- 1- 1808-1814: INVASIÓN NAPOLEÓNICA Y GUERRA DE LA INDEPENDENCIA
- 2- 1814-1833: PERIODO ABSOLUTISTA: SEXENIO ABSOLUTISTA Y TRIENIO LIBERAL
- 3- 1833-1868: PERIODO LIBERAL
- 4- 1868 – 1874: PERIODO REVOLUCIONARIO
- 5- 1874 – 1902: RESTAURACIÓN BORBÓNICA

2.B.1- INVASIÓN NAPOLEÓNICA Y GUERRA DE LA INDEPENDENCIA: 1808-1814

El hundimiento del antiguo Estado exige la apresurada sustitución del mismo y, como ya hemos comentado, sólo hay dos opciones posibles a la vista: la aceptación napoleónica, con el gobierno de José I y la Constitución de Bayona; o la de las Juntas Provinciales con un nuevo poder improvisado que había cristalizado en la revolución política de las Cortes de Cádiz y la Constitución de 1812. Estas dos opciones dividen también a la población española en los dos posibles bandos: los “afrancesados” o colaboracionistas, partidarios del gobierno napoleónico; y los constitucionalistas de Cádiz (Palacio Atard, 1981).

Napoleón, en un intento de legitimar su derecho al trono y el control del país, se presenta a los españoles como el continuador de la monarquía legítima, para lo que consigue las renunciaciones forzadas al trono de España de Carlos IV y Fernando VII a favor de Bonaparte, con el claro objetivo de poner a su hermano José I en el trono, quien es proclamado Rey de España el 25 de julio de 1808 en Madrid; permanece en el trono hasta 1813. Estas abdicaciones, unidas a la llegada de tropas francesas a España y a la situación de crisis, hacen estallar la situación nacional y tiene lugar el alzamiento del 2 de mayo en Madrid, que da inicio a la Guerra de la Independencia española (1808 – 1814), debida exclusivamente a la iniciativa de Napoleón de gobernar España y a la voluntad española de resistirse. Napoleón tiene dos objetivos en esta contienda: por una parte, afianzar el bloqueo continental y contar con el apoyo de España en el mismo; y por otra parte, hacer desaparecer de España cualquier resquicio de la soberanía de los Borbones, para estar seguro de que no se interpondrán en su idea de gobernar la nación. Pero José I se encuentra con un pueblo que lo mira como un usurpador del poder y con un ambiente totalmente hostil a su alrededor. La Constitución de Bayona es un intento de los Bonaparte de atraer la opinión de los reformadores ilustrados, el clero y los nobles. Se ha concebido como un instrumento de un gobierno “regenerador”. Pero a ese propósito de Napoleón se le oponen tanto la lealtad dinástica como el sentimiento patriótico nacional. Sólo cuenta con un pequeño grupo, una minoría de ilustrados, que acepta al rey intruso, lo que les hace recibir el nombre de “afrancesados” (Palacio Atard, 1981).

Esta época bélica es vivida con una gran intensidad porque hay muchos intereses políticos, económicos y humanos implicados, lo que aumenta la contundencia de las acciones. Tiene un gran impacto en la identidad nacional, se produce una exaltación de la Nación Española, así como un gran choque político. La Guerra de la Independencia española supone una guerra civil en la que se ven enfrentados aquellos que rechazan la monarquía de Bonaparte, los “patriotas”, con los que están a favor de esta monarquía, los “afrancesados”. Constituye una página importante de la Historia universal, que en Europa provocó un efecto sentimental hacia el pueblo español, que ve plasmado en el Romanticismo del siglo XIX todo el prestigio que se le había negado durante la Ilustración europea del siglo XVIII. Al mismo tiempo que tiene lugar la guerra, y como una de sus consecuencias, se produce también en España una Revolución política: se agita por primera vez la conciencia pública y tiene lugar una crisis de poder, que se verá resuelta en la Constitución de 1812 (Palacio Atard, 1981).

La Constitución de Cádiz de 1812, conocida como “la Pepa”, supone el culmen del periodo bélico. En ella se reafirman aquellos puntos por los que lucha el lado liberal de la España en guerra:

- Soberanía nacional: “la soberanía reside esencialmente en la nación y por lo mismo pertenece a ésta exclusivamente el derecho de establecer sus leyes fundamentales” (Art 3).
- Reconocimiento de derechos y libertades de los ciudadanos.
- Separación de los poderes: se confía a las Cortes el poder legislativo (art. 132-141). Al Rey se le reconoce el poder reglamentario de promulgar las leyes y proponerlas a las Cortes, así como el poder ejecutivo. El poder judicial reside en los Tribunales, que tienen la potestad de aplicar las leyes.
- Educación primaria para toda la población.
- Catolicismo como religión oficial del Estado.

La Constitución de 1812 cambia brusca y radicalmente la organización del Estado, y no solo eso, sino que tiene una gran repercusión a nivel mundial, siendo tomada como ejemplo por Europa a la hora de instaurar proyectos constitucionales en países como Alemania y Rusia. Después de la guerra de la Independencia, la imagen de España en el mundo cambia; en ese momento es la de un pueblo capaz de hacer frente con éxito a Napoleón, hasta entonces vencedor de Europa. Todos estos acontecimientos son el lecho de la Constitución de 1812: Napoleón ha obligado a ceder la Corona y el trono de España valiéndose de la soberanía monárquica, pero la soberanía nacional consiguió trincar sus planes y devolver el poder al pueblo, de ahí que el dogma de la

soberanía nacional se considere la justificación suprema de la Guerra de la Independencia que libra a España del poder napoleónico (Palacio Atard, 1981).

Es la Constitución de 1812, “La Pepa”, una de las primeras normas legales del siglo XIX, pero las menciones que en ella se hacen a la salud son escasas. Sólo hace dos referencias: en el artículo 131, a la facultad de “aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del reino” y en el artículo 321 concede a los ayuntamientos la autoridad de “la policía de salubridad y comida, cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de la beneficencia, bajo las reglas que se prescriban...” (A. & FJ., 2014). Un aspecto relevante es que en el texto se reclama, por primera vez, la asunción y el control de la asistencia social por parte del Estado y de los organismos públicos (Maza Zorrilla, 1999).

A partir de la Constitución de Cádiz se suceden diversos intentos, casi todos fallidos, de sistematizar y organizar la sanidad. Todas estas normas incluyen de forma implícita los presupuestos y los programas ideológicos liberales del momento, siguen la línea liberal y progresista, con los valores que la burguesía, como clase social emergente del momento, va imponiendo y exigiendo a los gobernantes del momento. La influencia de las ideas liberales extranjeras fomenta en España la desaparición de la ordenación sanitaria del Antiguo Régimen, que ya no se adapta a las necesidades ni demandas de la nueva sociedad, y facilita el progreso adaptando la organización de la sanidad a las exigencias y reformas sociales y administrativas que el pueblo y los nuevos tiempos venían reclamando. La Constitución de 1812 abre el camino de las reformas de la sanidad, marcando el inicio de un tiempo en el que las Administraciones del Estado asumen las labores y responsabilidades de la sanidad pública (A. & FJ., 2014).

Durante este periodo, en el terreno legislativo más cercano a la regulación sanitaria, los políticos en el poder de ese momento establecen la competencia centralizada de la sanidad pública en el Gobierno de la nación, dan responsabilidades de salubridad a los ayuntamientos, y en el terreno asistencial, establecen la obligación de la beneficencia municipal. La sanidad pasa a ser considerada como una actividad gubernativa confiada a jefes políticos y alcaldes, que van tomando decisiones y medidas conforme van cambiando las necesidades de salud de la población (Javier Viñes, 2006).

PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS HISTORICOS	PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS SANITARIOS
-Abdicación de Carlos IV y Fernando VII → Jose I Rey de España -Guerra de la Independencia: 1808-1814 -Constitución de Cádiz: 1812	- Con la Constitución de 1812 se inicia el camino de las reformas en Sanidad: las administraciones del Estado asumen las labores y responsabilidades de la sanidad pública

TABLA 5: Invasión Napoleónica y Guerra de la Independencia. Principales acontecimientos históricos y sanitarios.

2.B.2- PERIODO ABSOLUTISTA: SEXENIO ABSOLUTISTA Y TRIENIO LIBERAL: 1814-1833

Este periodo se inicia con el regreso en 1814 de los Borbones al trono de España. Fernando VII “El deseado” regresa al poder, iniciando su reinado con seis años de soberanía absolutista, lo que se conoce como “sexenio absolutista” (1814 – 1820), durante los cuales se produce una vuelta al absolutismo más profundo: Fernando VII nada más subir al trono, disuelve las Cortes, revoca la Constitución de 1812 y restablece el Tribunal de la Inquisición. Tras toda la revolución que supuso la aprobación de la Constitución de Cádiz de 1812, en 1814 se produce un fenómeno de reacción y desaparece todo lo que tanto había costado conseguir, pero como cita Vicente Palacio, “la Constitución había sido la obra de una minoría (clérigos, magistrados e intelectuales), sin respaldo social suficiente”, lo que hace más fácil entender el por qué un cambio tan brusco a nivel político no es vivido de forma traumática ni rechazado por la sociedad del momento. Todo lo contrario, pues Fernando VII vuelve al poder y cuenta con el respaldo del entusiasmo popular, del Ejército, de la Iglesia y de Europa y frente a todos ellos, Las Cortes (Palacio Atard, 1981).

En este clima de tensión entre las principales fuentes de poder del momento, Fernando VII promulga el 4 de mayo de 1814 el Decreto de Valencia, por el que declara nulo y sin ningún valor todo lo actuado por las Cortes extraordinarias y ordinarias, estableciéndose de nuevo el poder absoluto de la antigua monarquía, y descartándose así la opción liberal de las Cortes de Cádiz. Esta “vuelta atrás” se podía hacer de dos formas: volviendo bruscamente de nuevo a la situación de 1808, o una vuelta atrás aprendiendo de lo ocurrido entre

1808 y 1814, con una “Monarquía moderada” y no absoluta, como había hecho Francia. Pero Fernando VII optó por la primera opción, volviendo a la situación absolutista de 1808, e iniciando un nuevo reinado de seis años en el más profundo absolutismo y control, con la figura del Rey por encima de todos. Durante el sexenio de 1814 a 1820 hay tres cuestiones que resaltan en la vida política española y que tienen que ser abordadas por el gobierno de Fernando VII: la depuración de afrancesados y liberales, el problema de la Hacienda pública y las conspiraciones liberales. Los que han apoyado al Rey José durante su reinado se ven perseguidos e incluso expulsados de España, y aunque luego se permite su regreso, la reacción general del pueblo español hacia ellos es de desprecio y aislamiento. El mismo destino sufren aquellos que durante la creación e instauración de las Cortes de Cádiz y su Constitución, tomaron parte por los partidos liberales que las impulsaron. Pero a estos dos problemas sociales se le une otro no menos importante, pero sí más sentido por toda la población: era la deteriorada situación de la Hacienda Pública, que venía arrastrando desde el siglo XVIII, pero que había sido muy dañada por las últimas guerras del reinado de Carlos IV y la Guerra de la Independencia, dejando las arcas de España en una pésima situación.

El optimismo y el afecto inicial con el que es acogido Fernando VII decae, y en 1820 se encuentra con una situación bien distinta a la de 1814: la sensación general es que ha decepcionado las expectativas del pueblo. Esta decepción se ve reflejada en la Revolución que tiene lugar durante los inicios de 1820, y que culmina con el anuncio, el 7 de marzo de 1820, de la intención de Fernando VII de jurar la Constitución. Nos encontramos con una situación de tregua que dura de 1820 a 1823: “Trienio liberal” y que se inicia con la restitución de la Constitución de 1812. Sin embargo, este momento de tregua no es un momento de calma política, sino que se producen repetidos cambios de gobierno durante estos tres años. Toda esta serie de acontecimientos tienen su correspondiente repercusión en la historia de nuestra profesión, ya que, de manera indirecta, todos estos cambios de gobierno se ven acompañados por cambios en la organización eclesiástica, con medidas legislativas tan poco populares como el Decreto de 1 de octubre de 1820, que suprime todos los monasterios de las Órdenes monásticas y reforma las Ordenes regulares. Tan solo quedan en funcionamiento ocho monasterios que, por su antigüedad y celebridad, son respetados (El Escorial, Guadalupe, Montserrat, San Benito de Valladolid, San Juan de la Peña, Poblet, El Paular y San Basilio de Sevilla) (Palacio Atard, 1981). Estamos en una época de la historia en la que los monasterios son en lugar en el que desarrollan sus actividades muchos de los responsables de los cuidados de la salud de la población del momento, por lo que es previsible la repercusión que su eliminación tiene sobre los mismos.

El pueblo, en general, no ha visto mejorada su situación por la reforma constitucional de 1820, los cambios políticos no han cesado durante estos tres años y las arcas de la hacienda pública siguen vacías. Toda esta situación conduce a un clima de insurrección, fundamentalmente de la población campesina, y que va tomando progresivamente fuerza hasta que en 1822 se generaliza.

En 1823 comienzan los diez años conocidos como “Década ominosa”, (1823 – 1833) durante la cual tienen lugar múltiples persecuciones y fusilamientos de los liberales. Son años de bandoleros y de sociedades secretas clandestinas. Fernando VII con el Real Decreto del Puerto de Santa María restablece el neo-absolutismo integral y vuelve a suprimir la Constitución y el gobierno constituido, volviéndose a la misma situación de inicios de 1820. Sólo hay una estructura que no se vuelve a instaurar, y es la Inquisición.

Es también durante este periodo absolutista durante el que se produce la pérdida de buena parte de las posesiones españolas en América a consecuencia de los procesos de independencia de corte liberal.

Otra de las consecuencias de los acontecimientos históricos sobre la organización sanitaria es la dificultad que supone la continua alternancia en el poder entre absolutistas y liberales para la regulación sanitaria, para determinar las competencias y organizar la asistencia sanitaria. Aun así, durante este turbulento periodo, tal y como hemos comentado anteriormente, también tienen lugar los correspondientes intentos organizativos de la sanidad: el más importante de este periodo es el “Reglamento General de Sanidad”, presentado por la Junta Suprema de Sanidad en 1814. Pero no es el único intento. En 1820, una nueva Real Orden encarga a una comisión la redacción de un “Proyecto de Ley Sanitaria”. Y en 1821, durante el trienio liberal, se hace un nuevo intento, para lo que se vuelve a crear una nueva comisión que en esta ocasión tiene como encargo la redacción del “Proyecto de Ley Orgánica de sanidad pública de la monarquía española”. Este proyecto se elabora y se remite a las Cortes en enero de 1822, dando lugar al “Proyecto de Reglamento General de Sanidad”, que es desechado en este primer intento y que da lugar al nuevo texto “Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía española”, presentado en abril de 1822 por la misma comisión que había creado el anterior. Pero los fracasos se acumulan, y este nuevo proyecto, así como el que se propuso de nuevo en 1823, vuelven a quedar sin entrar en vigor (Javier Viñes, 2006).

Otra de las normas publicadas durante este periodo es el Real Decreto de 16 de junio de 1827, por el que Fernando VII aprueba el “Reglamento para el régimen científico, económico e interior de los Colegios de Medicina y Cirugía y para el gobierno de los profesores que ejerzan éstas antes de curar en todo el reino”. El

citado Reglamento incluye la creación, para aquellos pueblos pequeños que no pueden permitirse un médico cirujano, de la figura de los cirujanos-sangradores, facultativos de corta carrera a los que sólo se les exige “saber leer bien, escribir, las cuatro reglas de la aritmética y la gramática castellana” (Barreiro Pereira & Bermejo, 2009, pág. 17).

PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS HISTORICOS	PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS SANITARIOS
<p>-1814-1820: Fernando VII: Sexenio Absolutista: abolición Constitución 1812</p> <p>-1820-1823: Trienio liberal: vuelta de la Constitución de 1812</p> <p>-1823-1833: Década ominosa: abolición Constitución 1812</p>	<p>- 1814: Reglamento General de Sanidad</p> <p>- 1820: Proyecto de Ley Sanitaria</p> <p>- 1821: Proyecto de Ley Orgánica de Sanidad Pública de la monarquía española</p> <p>- 1822: Proyecto de Código Sanitario para la monarquía española</p> <p>- 1827: Reglamento para el régimen científico, económico e interior de los Colegios de Medicina y Cirugía. Incluye la creación de la figura del CIRUJANO-SANGRADOR.</p>

TABLA 6: Periodo Absolutista. Principales acontecimientos históricos y sanitarios.

2.B.3- PERIODO LIBERAL: 1833-1868

Fernando VII muere en 1830, pero antes modifica la Ley Sálica que impide que las mujeres asciendan al poder por lo que, tras su muerte, asume el trono de España su hija, Isabel II, que sólo cuenta con tres años de edad. Esto supone un gran revés para el hermano de Fernando VII, Carlos, que defiende su derecho al trono (como Carlos V) y que desembocará en las futuras Guerras Carlistas que tienen lugar en España desde 1833 hasta 1875.

Desde 1833 hasta 1840 es María Cristina, la madre de Isabel II, la que asume la regencia, apoyándose en los liberales para gobernar el país; su regencia acaba con la Primera Guerra Carlista (1833 – 1839), que enfrenta a los defensores del poder de Carlos V, conservadores, con los defensores del reinado de Isabel II, los liberales. Durante este primer periodo de regencia tiene lugar la proclamación de una nueva constitución: la Constitución de 1837, en la que se vuelven a proclamar la soberanía nacional, la separación de los poderes y los derechos individuales de los ciudadanos. La regencia de María Cristina se caracteriza por la actitud atenta hacia los intereses de la burguesía liberal en el poder, y temerosa hacia la plebe y los intelectuales progresistas; admite sólo el moderantismo, hecho que en 1837 le ocasiona la pérdida de adhesión de las masas populares. María Cristina renuncia a la Regencia en favor del general Espartero el 12 de octubre de 1840, durante su estancia en Valencia, y parte hacia Francia (Sanchís Guarner, 1972).

La regencia de Espartero abarca los años de 1840 a 1843. Su ineptitud y autoritarismo le hacen en breve perder su gran popularidad, y provoca la unión en su contra de sus heterogéneos enemigos. Varios son los intentos de derrocar, todos fracasados hasta que en 1843 Espartero sale de Madrid con intención de dominar Valencia, pero una columna organizada por Narváez en esta ciudad acaba con él y ocupa Madrid el 23 de julio del mismo año. Este acto significó para la Ciudad de Valencia la adquisición del título de “magnánima” y para el general Narváez el título honorífico de Duque de Valencia (Sanchís Guarner, 1972).

Ese mismo año, el 10 de octubre, se declara la mayoría de edad de Isabel, que tan sólo con 13 años de edad sube al trono. Durante el reinado de Isabel II tiene lugar la proclamación de una nueva Constitución, la de 1845, así como la Segunda Guerra Carlista (1847 – 1849). Como ocurre en la primera Guerra Carlista, asistimos a un enfrentamiento entre los liberales, que son partidarios de las reformas sociales tanto en el plano político, como social y económico, y los absolutistas, que se sitúan más cerca de la monarquía tradicional y la religión política, siempre bajo el mandato del rey (su lema es “Por Dios, por la Patria y el Rey”). El reinado de Isabel II finaliza en 1868, con la revolución burguesa de “La Gloriosa”.

Durante este periodo se “vuelve a la carga” con los intentos de organización de la sanidad. En esta ocasión, después de los intentos de normalización de los años 1822 y 1823, tenemos que esperar hasta el año 1839 para volver a presenciar uno de estos intentos, ahora por parte de la regente María Cristina que, una vez fallecido Fernando VII, ordena un nuevo proyecto de “Ley Orgánica de Sanidad”, remitido y redactado por la Junta Suprema de Sanidad; esta vez no son las observaciones y propuestas de rectificaciones de la norma las que la dejan sin ver la luz, sino los acontecimientos políticos de 1840 con la renuncia obligada y el

correspondiente exilio de María Cristina de Borbón, los que hicieron fracasar este intento incluso antes de ser presentado.

La Junta Suprema asume en 1840 el gobierno y administración de los asuntos de sanidad hasta que desaparece en 1847, momento en el que aparecen dos nuevas normas: el “Real Decreto Orgánico de Sanidad” y el “Reglamento del Consejo y Juntas de sanidad”, que recogen en su redacción el enfoque liberal ya utilizado en la Real Orden de las Cortes de Cádiz, por la que se crean y organizan las juntas provinciales y municipales de sanidad (Javier Viñes, 2006).

Entre 1847, con el Real Decreto Orgánico de Sanidad y 1855, con la Ley Orgánica de Sanidad, tienen lugar sucesivas reformas sanitarias, entre las que, entre otras actuaciones, se produce la sustitución de algunos de los organismos sanitarios heredados del siglo anterior, como son el Protomedicato, la Junta Suprema de Sanidad y las Juntas Superiores gubernativas de medicina, cirugía y farmacia. Todas estas reformas e intentos legislativos de la sanidad española acabarán plasmándose en la última de las reformas sanitarias del siglo XIX, pero no tiene lugar hasta 1904, año en el que ve la luz la “Instrucción General de Sanidad” (Javier Viñes, 2006). Estas reformas, a través de los diferentes órganos sanitarios que va creando, ponen en orden las áreas temáticas relacionadas con el arte de curar. Aunque no hallamos mención hasta el momento sobre la regulación del arte de cuidar, dentro de estas áreas temáticas se encuentra la organización de las profesiones sanitarias, entre las que incluyen los médicos (físicos), los farmacéuticos (boticarios) y los cirujanos (barberos y sangradores), matronas o ministrantes. En este punto es donde vemos citada la figura de los diferentes personajes de la historia que han sido ensalzados como responsables del cuidado de las personas, del arte de cuidar, acompañando a los médicos en el arte de curar.

El año 1847 es un año rico en reformas y reglamentaciones sanitarias que van a marcar la organización sanitaria de España durante todo lo que resta de siglo y parte del siguiente. Es 1847 el año en el que se promulga el citado Real Decreto Orgánico de Sanidad y que a su vez es desarrollado en el Reglamento sobre organización y atribuciones del Consejo y las Juntas de Sanidad. El porqué de esta reorganización del entramado administrativo por parte del Gobierno durante estos años puede ser la aparición en el Gobierno de personalidades con gran vocación sanitaria, como Mateo Seoane, P.F. Monlau o Méndez Álvaro; junto a la faceta más política, hay un hecho que impulsa y da mayor peso a la organización sanitaria del país, y es la extensa epidemia de cólera de 1854-1855, que hace tomar constancia de la falta de organización, control y evaluación de la situación sanitaria en nuestro país, lo que sirvió de revulsivo para modificar la situación actual y darle unos

años de estabilidad. A nivel organizativo, el Real Decreto tiene su justificación en la necesidad de establecer una única autoridad sanitaria centralizada en el Ministerio de Gobernación, de la que dependen todos los aspectos relacionados con la sanidad del país, dejando claro que esta es una función del gobierno de la nación. El Real Decreto, a su vez, define como principal órgano administrativo responsable en materia de sanidad a la Dirección General de Sanidad, creada en el ámbito del Ministerio de la Gobernación; y anexos a ésta, órganos consultivos de apoyo, en los que van a aparecer por fin los profesionales sanitarios, prestando su apoyo ocasional al poder público (Javier Viñes, 2006).

El Real Decreto de 1847, tal y como cita J.J. Viñes, tiene tres objetivos fundamentales (Javier Viñes, 2006):

- Derogar la organización de la Junta Suprema de Sanidad, así como de las juntas provinciales y municipales, creadas y reglamentadas en 1813.
- Crear, dependiente del Ministerio de Gobernación, una Dirección General de Sanidad, así como un órgano consultivo central, el Real Consejo de Sanidad, y las nuevas juntas provinciales, en cada capital de provincia.
- Determinar que la responsabilidad del servicio de sanidad de cada provincia depende de los jefes políticos de las mismas, quedando todos bajo la dependencia del Ministerio de Gobernación.

La siguiente norma relevante con la que nos encontramos es ya la Ley General de Sanidad de 1855, en la que se mantiene y ratifica la estructura organizativa creada en materia de sanidad por las normas de 1847: el Ministerio de la Gobernación, con la Dirección General de Sanidad como órgano consultivo y el Real Consejo de Sanidad como órgano asesor. Los jefes políticos provinciales se ratifican como la autoridad y como órgano administrativo en materia de sanidad en cada provincia, y las juntas provinciales como asesoras a su vez de estos jefes políticos y de los subdelegados nombrados por estos. Sólo añade una figura nueva en lo que a organización sanitaria se refiere: la figura del Secretario del Consejo de Sanidad, que debe ser un facultativo nombrado por el Gobierno a propuesta del Consejo. Con la Ley de Sanidad de 1855, el Estado pasa a hacerse cargo del control de las epidemias y del saneamiento de las poblaciones.

También incluye la ley apartados específicos para materias relacionadas con la sanidad y que no habían sido reguladas hasta el momento, como son: sanidad marítima, sanidad interior, medicamentos, facultativos forenses y baños, higiene pública y vacunación (Javier Viñes, 2006).

A nivel asistencial de la población, seguimos viendo una situación en la que existe una gran desigualdad de atención en función de la clase social a la que pertenezca el enfermo. Aquellos enfermos sin recursos corren a cargo de la Beneficencia, y se regula su asistencia según la Ley de Beneficencia de 1849. Por otro lado, la población con medios económicos recurre a los profesionales sanitarios particulares (Francisco del Rey, C; Benavent Garcés, M^a A; Ferrer Ferrandis, E). La atención sanitaria y social a los miembros de la sociedad, que por motivos varios, no se encuentran en condiciones adecuadas para sustentarse a sí mismos, es uno de los problemas a los que debe hacer frente toda sociedad. En España esta población sin medios ni recursos estuvo, y en cierto modo aún lo está, protegida por las redes familiares. Pero en el siglo XIX la situación socio-económica es difícil, y no basta con este soporte. Es la beneficencia social la que en gran medida se encarga de la asistencia a las clases más desfavorecidas de la sociedad. Durante el siglo XIX ambos pilares de apoyo social se tambalean y dejan un vacío asistencial que hace aún más dura la subsistencia de las clases populares. La familia pierde capacidad de apoyo, en parte motivado por el aumento de la movilidad de la población, que se traslada de sus lugares de origen a las grandes ciudades, donde se concentra la industria, por lo que las familias se dispersan y dejan de ser el “colchón” que hasta ahora eran. Por parte de las instituciones encargadas hasta el momento de la beneficencia, éstas se ven afectadas por las diversas desamortizaciones que, a lo largo del siglo, hicieron públicas las propiedades que habían sido las fuentes de ingreso principales de instituciones de beneficencia vinculadas a la Iglesia. Se produce un profundo cambio en la estructura de la asistencia hospitalaria en España a manos del gobierno liberal. La beneficencia en España se ha caracterizado hasta el momento por una importante presencia de instituciones religiosas encargadas de la misma, creando un entramado asistencial conocido como “beneficencia particular”, mucho más extendida que la pública. Pero este escenario cambia con la llegada al poder de los liberales, iniciándose una profunda reforma del sistema: la beneficencia pública pasa a ser entendida como un deber social moral (Manuel Zaragoza, 2012).

<p style="text-align: center;">PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS HISTORICOS</p>	<p style="text-align: center;">PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS SANITARIOS</p>
<p>-1830: muere Fernando VII y asume el trono su hija Isabel II. Regente: M^a Cristina</p> <p>-1833-1839: 1^a Guerras Carlistas</p> <p>- Constitución de 1837</p> <p>-1840-1843: Regencia de Espartero</p> <p>- 1843: asume el trono Isabel II</p> <p>- Constitución de 1845</p> <p>- 1847-1849: 2^a Guerra Carlista</p> <p>- 1868: Fin del reinado de Isabel II</p>	<p>- 1839: Proyecto de “Ley Orgánica de Sanidad”. No llega a ver la luz.</p> <p>- 1840-1847: Junta Suprema: asume el gobierno y administración de los asuntos de Sanidad</p> <p>- 1847: RD Orgánico de Sanidad y Reglamento del Consejo y Juntas de Sanidad: Ministerio de Gobernación como única autoridad sanitaria centralizada y Dirección General de Sanidad como principal órgano adm. responsable en materia de Sanidad.</p> <p>- 1849: Ley de Beneficencia: la beneficencia pública pasa a ser entendida como un deber social moral.</p> <p>- 1855: L.O. de Sanidad: Mantiene la estructura sanitaria: *Ministerio de Gobernación. *D.G. de Sanidad *Real Consejo de Sanidad: órgano asesor Nueva figura: Secretario del Consejo de Sanidad (un facultativo).</p>

TABLA 7: Periodo Liberal. Principales acontecimientos históricos y sanitarios.

2.B.4- PERIODO REVOLUCIONARIO: 1868 – 1874

En 1869, tras la caída de Isabel II del trono, se proclama una nueva Constitución: La Constitución de 1869, que supone el regreso de los principios democráticos: libertad religiosa y de enseñanza; ubicación del poder legislativo en las cortes; instauración del sufragio universal y abolición de la pena de muerte.

Durante los años 1870 a 1873, Amadeo de Saboya asume el trono, dando lugar a tres años de monarquía democrática, que se ven interrumpidos por la Tercera Guerra Carlista (1872 – 1875) y por la Primera República (1873 – 1874).

2.B.5- RESTAURACIÓN BORBÓNICA: 1874 – 1902

En 1874 tiene lugar el regreso de los Borbones al trono de España, a través de la figura de Alfonso XII (hijo de Isabel II). Durante esta etapa tiene lugar la última Constitución del Siglo XIX, la del 1876, que estará en vigor hasta 1923 y cuyos hitos son la supresión de la soberanía nacional y la exaltación de la figura del rey (soberanía compartida entre las Cortes y el rey). También se anula el derecho al voto y se vuelve a un sufragio censitario; además, los derechos y los deberes de los ciudadanos pasan a ser regulados a través de leyes ordinarias.

A lo largo de esta etapa tienen lugar varios acontecimientos técnicos que influirán en todos los aspectos sociales y culturales de la época, como son la creación del Servicio Público de Correos, del telégrafo y del teléfono.

La sociedad europea del siglo XIX, resultante de la revolución burguesa sustituyó las instituciones asistenciales basadas en la caridad por organizaciones benéficas de tipo gubernativo laico. De esta forma, nos encontramos con dos tipos de asistencia: la que se ejercía de forma libre dentro de la profesión médica; y la benéfica, para los que eran declarados oficialmente miserables. Pero hay una tercera línea de asistencia, que sustituía, a mediados del siglo XIX, a las hermandades gremiales y a las cofradías existentes durante la época feudal, que pasan a convertirse en asociaciones destinadas a dar asistencia a los obreros industriales de las ciudades. Son las “sociedades de socorros mutuos”, que adaptan las antiguas instituciones al nuevo modelo de sociedad industrial. En las áreas urbanas, no industrializadas, surgen sociedades con grandes similitudes, pero los asociados son en este caso fundamentalmente empleados, comerciantes modestos y artesanos. Durante el

siglo XIX, casi todos los países del continente europeo adoptaron una estructura centralizada de organización sanitaria, que en España es implantada a través de la Ley de Sanidad de 1855 y permanece vigente hasta su actualización a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904 (López Piñero, 2010).

Como hemos ido viendo a lo largo del texto, el principal motivo que durante el siglo XIX hace evidente la necesidad tanto de la existencia de las profesiones sanitarias como de llevar a cabo un control de la salud e higiene pública, es el problema de las epidemias de enfermedades infecto-contagiosas y el control de las mismas. Como ya expresamos al inicio de la presente tesis, siempre hay una necesidad de la población que es la que justifica la existencia y la permanencia de una profesión, y esta es la principal necesidad que justifica la existencia de los profesionales sanitarios. Pero hasta este punto, tras la revisión de múltiples documentos, durante el siglo XIX no hemos visto prácticamente ninguna mención exclusiva relacionada con la necesidad de la actividad de cuidar como tal.

Siguiendo este razonamiento de justificación en función de la necesidad de la sociedad del momento, es fácil entender que a lo largo del siglo XIX la higiene pública se convierta en una disciplina con sólidos fundamentos científicos. Uno de sus principales instrumentos es la institucionalización de la estadística demográfico-sanitaria, inexistente hasta el momento, y a través de la cual se organiza de forma oficial la recogida de datos sobre los procesos de salud y enfermedad que afectan a la población, desde dos aspectos: por una parte, controlando los fenómenos demográficos, esto es, la mortalidad, la natalidad, la estructura y el movimiento de la población; y, por otra parte, estudiando los datos sanitarios en sentido más profesional, controlando la mortalidad pero también las causas de la misma, así como su distribución, los hospitales, el saneamiento... Conjugando ambos factores, se crea un instrumento de gestión sanitaria que ya no sólo se centra en aspectos políticos y de contención, sino que abre sus puntos de vista tanto a la estructura de la población y cómo ésta por si misma puede influir, junto con factores sanitarios, al control y mantenimiento de la salud de la población.

En España se implantaron los primeros registros civiles en 1871, con datos referentes a edades, sexos, lugares de nacimiento, domicilios, lugares de fallecimiento y causas de muerte según certificación médica, aunque realmente la estadística sanitaria en sentido estricto tiene sus orígenes en los registros de defunciones de las grandes epidemias del Renacimiento (López Piñero, 2010).

Tan sólo el conocimiento de los gérmenes causantes de las enfermedades infecto-contagiosas y la aclaración de los diferentes mecanismos de transmisión de estos gérmenes, permiten organizar una serie de medidas preventivas efectivas, sustentadas sobre bases científicas, aunque muchas de estas medidas ya se realizaban desde hacía tiempo, como el control del abastecimiento de aguas potables y la evacuación de las residuales. De todas formas, las principales herramientas que permitieron el control de las enfermedades infecto-contagiosas son el descubrimiento de las vacunas y los sueros (López Piñero, 2010).

2.C- VALENCIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

“La ciudad de Valencia, capital de su provincia, comprende cuatro partidos judiciales de término, para otros tantos distritos o cuarteles en que se halla dividida: es Audiencia territorial, Capitanía general, Departamento de artillería, residencia de todas las corporaciones y oficinas provinciales y de distrito, Diócesis y Sede Metropolitana con los competentes tribunales eclesiásticos, distrito universitario, tercio naval dependiente del departamento de Cartagena, provincia marítima, distrito y puerto de mar con los jefes de marina y matrícula que le está asignada, y plaza de comercio de primera clase, con su Junta, Tribunal y todas las demás dependencias como capital del primer orden. Geográficamente considerada, está a los 38º28’ de latitud Norte y a los 3º18’45’’ de longitud Este del meridiano de Madrid” (Peset y Vidal, 1878). Esta es la descripción con la que empieza Juan Bautista Peset una de sus publicaciones sobre la asistencia y organización médica de la Valencia del siglo XIX. No escatima este autor en la descripción de Valencia, describiendo escrupulosamente desde su situación geográfica, como acabamos de ver, hasta su flora, fauna, clima y elementos hidrográficos. No vamos a profundizar tanto en la descripción de la ciudad, pero sí que lo haremos, en el cuarto capítulo, en la descripción de los lugares públicos de la época, entre los cuales encontraremos los hospitales de la ciudad de Valencia.

El siglo XIX supone un siglo de modernización económica del territorio valenciano caracterizado por el importante auge de la industria sedera y todo el desarrollo industrial que se produce, favorecido por el descubrimiento del vapor y del ferrocarril, que como nuevos medios de comunicación y transporte facilitan las diferentes industrias de la zona: textil, calzado, cerámica...

Los acontecimientos más trascendentales que acontecen en el siglo XIX, como es la Guerra de la Independencia (1808-1814), no son vividos al mismo tiempo en todos los territorios españoles, las noticias van lentas por las vías de comunicación existentes en esos años y esto hace que hechos como los ocurridos el 2 de

mayo de 1808 en Madrid , con la sublevación del pueblo contra los franceses y que acaba con un fusilamiento masivo de las tropas sobre el pueblo, no llegan a ser conocidos en Valencia hasta el 23 de mayo. Ese día, en la pequeña plaza de les Panses (entre la Lonja y la Compañía), donde los valencianos se reúnen para leer la prensa que llegaba desde Madrid, son conocidas las noticias de los graves cambios políticos que se han producido en la capital, e inmediatamente se empiezan a agrupar los valencianos en exaltadas manifestaciones de protesta. Al día siguiente, el 24 de mayo, el pueblo toma las armas y asalta la Ciutadella. Y sólo un día después, inmersos en un clima de crispación y exaltación, con el pueblo en armas, se constituye la “Junta Suprema de Gobierno del Reino de Valencia” (Sanchís Guarner, 1972). El 29 de mayo se crea el Regimiento de la Reina 2^º, integrado por 3.732 personas, y que se denominaba Cazadores Voluntarios de Valencia o Cazadores de Caro, porque su primer coronel fue el general Caro, quien nombró generala de los ejércitos del Reino a la Virgen de los Desamparados. El mes de junio del mismo año, las tropas valencianas son derrotadas por el general francés Moncey, se ensaña con la población de Buñol y consigue llegar hasta las proximidades de Valencia. Moncey se planta con sus tropas ante las puertas de Quart, desde donde exige la rendición de la entonces amurallada Valencia. Pero, pese a la ausencia de fuerzas militares en la ciudad, el pueblo resiste día y noche y se encierra en el interior de las murallas, reforzando con maderas las puertas de las ciudad más vulnerables: Ruzafa, Portal Nuevo, Serranos y Trinidad. También se cubre con batería y foso la puerta de San Vicente. La más reforzada y vigilada es la puerta de las Torres de Quart, ya que es esta la que está en el camino que sigue Moncey para acercarse a Valencia: se abre un gran foso y una tronera con su cañón dirigido al camino de acceso a las torres en la puerta de madera (Castañeres,G. et al., 2014).

Unos veinte mil valencianos se unen para la defensa de la ciudad, ayudados por los marineros del Grao y por el Regimiento de Cazadores, desplegado por la huerta de Campanar. A las ocho de la mañana del 28 de mayo empieza la batalla del primer asedio de Valencia, que dura todo el día. Al llegar la noche, Moncey volvió a reclamar la rendición de la ciudad, pero el pueblo no está dispuesto a acabar así. La persistencia de los valencianos y las dificultades habilitadas en todas las puertas ya citadas impiden el acceso de Moncey a la ciudad, lo que le obliga a retirarse a la huerta que rodea a la ciudad para pasar la noche; el pueblo, exaltado en ese momento, le dedica incluso una canción: “Quiso a Valencia Moncey; conquistar con diligencia; pero el francés se quedó; a la luna de Valencia” (Sanchís Guarner, 1972). Este es el momento que los valencianos aprovechan para inundar la huerta, impidiendo así la movilidad de las tropas francesas y forzando la retirada a Madrid, siguiendo las órdenes de Moncey y menguados en más de dos mil bajas (Castañeres,G. et al., 2014).

Las tropas valencianas, compuesta por una división de 16.300 hombres avanzan hacia Madrid y entran por la puerta de Atocha el 15 de agosto de 1808. De esta primera ofensiva sólo vuelven a Valencia 1.455 infantes, pero la Junta vuelve a reclutar a 33.000 soldados. La situación bélica seguía y en 1810 las tropas francesas se atrincheran en el norte de la ciudad, en las zonas de Campanar y la carretera de Sagunto. Pese a las fortificaciones de las zonas libres y de los puntos de acceso, sin apoyo exterior, la situación va empeorando y finalmente la ciudad capitula el 8 de enero de 1812, un año antes de acabar la guerra. Después de las habituales represalias tras una larga y dura guerra, los franceses impulsan algunas reformas en Valencia, ciudad que permanece bajo control francés, llegando incluso a ser capital de España en 1812, cuando José I trasladó aquí su corte (Castañeres,G. et al., 2014).

En ese mismo año se firma la Constitución de 1812, contando en su redacción con la colaboración de 23 diputados valencianos. Pero los avances que supone para el pueblo la Constitución de 1812 no duran mucho. En 1814, el general Elio da un golpe de Estado en Valencia, restituye el poder absoluto a Fernando VII, y suspende, mediante el Decreto de Valencia, todo aquello que defendía “La Pepa”, declara nula la Constitución de 1812 y todas las decisiones de las Cortes de Cádiz. La historia de Valencia durante el reinado de Fernando VII es sinónimo de conflictos entre los seguidores del régimen absolutista y los seguidores del liberalismo (Castañeres,G. et al., 2014). Fernando VII cuenta para todo ello con el apoyo financiero de la nobleza valenciana, ya ha sido uno de los sectores más perjudicados con la legislación revolucionaria, porque había modificado muchos de los derechos jurisdiccionales de los que procedían sus rentas. El entramado político liberal es desmantelado y se restablecen las instituciones del Antiguo Régimen, que vuelven a ser ocupadas por la nobleza y los grandes propietarios. Pero los cambios de orientación política y de gobierno no acaban aquí, ni mucho menos. Los liberales vuelven a intentar en 1817 y 1819 restablecer su política, pero no es hasta 1820 cuando Fernando VII se ve obligado a firmar la Constitución, lo que introduce al país en el Trienio liberal (1820-1823) de la historia de España. En 1823, ayudado por los Cien Mil Hijos de San Luis, Fernando VII logra restaurar el absolutismo: la Década Ominosa (1823-1833) (Furió Diego y Reig Armero, 2014).

En Valencia, esta restauración del absolutismo se manifiesta con una dura represión política, social e ideológica que llevó al exilio a muchos de los líderes y defensores liberales. Pero en 1833, con la muerte de Fernando VII y la subida al trono de su hija Isabel, nos encontramos con una nueva situación de conflicto, generada en esta ocasión por el hermano de Fernando VII, el infante Carlos y todos sus seguidores, los carlistas, que tienen su principal feudo en el norte del reino, en Morella y en el Maestrazgo, pero que bajan hasta las poblaciones del centro (LLiria, Chiva...) para ofrecer batalla incluso en campo abierto. Con la excusa de una lucha

dinástica volvemos a estar inmersos en una guerra política entre los seguidores del mantenimiento o recuperación del Antiguo Régimen y los seguidores de un Estado liberal.

También en 1833 tiene lugar la creación de las provincias y la reestructuración de los ayuntamientos. Y ya en 1837 se pone en marcha la desamortización de los bienes de las comunidades de la Iglesia, lo que, al igual que en el resto del Estado, supone una pérdida irreparable del patrimonio cultural y artístico de la Comunidad. Los liberales son en este momento los responsables de la nueva división provincial que, con pequeñas modificaciones, coincide con la actual. Pero esta no sería la última limitación provincial de la Comunidad: en 1836 y posteriormente en 1851 se vuelven a ver modificadas las fronteras geográficas de la región. Esta delimitación geográfica afectaba de forma limitada a la vida de los ciudadanos, a diferencia de las medidas desamortizadoras de la Iglesia.

Concretamente, en 1836 tiene lugar una de las principales reducciones de las comunidades religiosas de Valencia, con importantes repercusiones en la geografía urbana de Valencia, ya que muchos de los conventos y monasterios son destruidos, y con consecuencias sobre la asistencia prestada a los valencianos de la época. Las monjas dominicas de Magdalenes son incorporadas a la Comunidad de Santa Caterina de Sena, y en su solar se construyó el Mercado Nuevo. El convento de frailes de la Mercé es demolido, y se ubican en él casas que en la actualidad rodean a la Plaza del mismo nombre. Las monjas franciscanas de la Puretat son trasladadas a la casa de la Cofradía de Sant Jaume. Las Carmelitas descalzas de Santa Anna son llevadas al convento de la Encarnació y también es demolido el convento de los Trinitaris. Los usos que se le dan a aquellos conventos que no han sido derruidos son diversos. En el convento de Sant Agustí se instala una penitenciaria; en el de Jesús, el Manicomio, y en el de la Corona, el asilo de la Beneficencia. Asimismo, la Diputación provincial, renacida en 1835, se instala en la Casa de la Compañía de los Jesuitas, que han sido desalojados. (Sanchís Guarner, 1972).

La desamortización eclesiástica también produjo una profunda transformación de las estructuras sociales: la vieja sociedad estamental (clero, aristocracia y realeza) es sustituida por una nueva sociedad clasista en la que ya no es la herencia, sino la posesión de bienes enajenables, la que determinaba la posición del individuo en la organización social. La desamortización crea una nueva oligarquía de terratenientes, que se convierte en la nueva clase dirigente durante la etapa moderada isabelina (1834-68) y la etapa de la Restauración alfonsina (1874-1898) (Sanchís Guarner, 1972).

En 1868 empieza a cambiar la situación y se dan grandes pasos hacia la modernización y desarrollo de Valencia, puesto que se construyen, entre otros, el puerto de Valencia, que abre la ciudad a mercados mucho más importantes, y también tiene lugar un hecho de gran relevancia para la apertura de la ciudad: en 1868 se lleva a cabo el derribo de las murallas que rodean a la ciudad. Estos hechos favorecen los importantes cambios que acontecen en la economía valenciana del siglo XIX. La agricultura, impulsada por los nuevos medios de transporte, orienta su producción hacia la exportación, sobre todo de naranjas y de arroz (Castañeres, G. et al., 2014).

En lo que a las ciencias médicas, J. Bautista Pesset describe el siglo XIX como un siglo lamentable, en el que las sucesivas guerras y epidemias inhiben el desarrollo del pensamiento científico en su práctica totalidad, ya que la prioridad, en tal situación de necesidad, no es el cultivo y propagación de la ciencia, si no la existencia material del día a día (Bautista Peset, 1876).

2.C.1- Contexto socio-económico

Las transformaciones económicas de estos años también tienen su repercusión en los cultivos y el comercio de la región. En menos de cincuenta años, las 200.000 hectáreas cultivadas en 1834, pasan a convertirse en aproximadamente 400.000 en 1866. El mayor crecimiento agrario beneficia a los cultivos de regadío, que ve muy mejoradas las instalaciones de canalización de aguas. Esto además impulsa los cambios de lo que hasta ahora han sido los cultivos tradicionales de la región (seda, pasa o barrilla), hacia nuevos productos más rentables y solicitados por mercados extranjeros, como el vino, el arroz y la naranja, que acabaron convirtiéndose en símbolos de la agricultura valenciana (Furió Diego & Reig Armero, 2014).

Paralelamente a estos cambios en los cultivos, en el periodo decimonónico nos encontramos con el que había sido hasta ahora uno de los principales motores económicos de la región, el comercio de la seda, vive uno de sus peores momentos, tanto por la competencia de otros centros productores, como por la pérdida de mercados y el bajo nivel técnico utilizado. Sin embargo, este bajo momento es compensado por el auge de otros comercios que surgen durante estos años, como pueden ser la fabricación de paños en Alcoy y la industria del zapato en Elda (Furió Diego & Reig Armero, 2014).

La revolución crea y consolida dos nuevas clases sociales: la burguesía y el proletariado. Frente a la prosperidad económica de la nueva clase burguesa, las condiciones de vida de las clases asalariadas empeoran

cada vez más, llegando incluso a jornadas laborales de 18 horas diarias, todo ello en condiciones laborales muy precarias, con condiciones de salubridad malas y con continuos accidentes laborales. Los bajos salarios apenas permiten pagar los salarios de los pequeños cuartos que la gente ha alquilado al trasladarse desde el campo a la ciudad en busca de trabajo en la nueva industria que despuntaba. Estos cuartos eran realmente minúsculos habitáculos, mal iluminados y peor ventilados, en los que se hacían familias obreras enteras, con una absoluta carencia de condiciones higiénicas. Las enfermedades infecciosas encuentran en este modo de vida un gran campo de proliferación, lo que eleva la mortalidad y la morbilidad en la población trabajadora. La tuberculosis hace estragos en una población mal alimentada y hacinada, lo que obliga incluso a crear un sanatorio antituberculoso en Portacoeli, uno de los primeros de España. Un claro ejemplo de las consecuencias de esta situación es el dato que nos arroja la epidemia de cólera de 1885, en la que, de los 7.084 afectados en la ciudad de Valencia, 4.300 son jornaleros y sólo 96 pertenecen a las clases acomodadas. Los poderes públicos alternan la beneficencia con la represión para atajar la situación (Furió Diego & Reig Armero, 2014).

La ciudad de Valencia no ve realmente reflejado el proceso de industrialización hasta finales del siglo XIX y principios del XX, con el desarrollo industrial y mercantil de esos años. Es en este primer decenio del siglo XX, que ya se sale de nuestra época de estudio, cuando tiene lugar la consolidación económica de unas burguesías industrial y comercial que, con los propietarios agrícolas, se convierten en núcleos sociales muy influyentes dentro de Valencia (Sanchis Guarner, 1972).

2.C.2- Contexto demográfico

Durante la segunda mitad del siglo XIX se produce un fuerte incremento demográfico generalizado. Entre 1857 y 1900 la población de la Región valenciana pasa de 1.212.432 habitantes a la cifra de 1.587.536, con un índice de crecimiento del 131 %, por encima de la media española. De forma particular, en la ciudad de Valencia este aumento es aún mayor al notarse el incremento de crecimiento tras la epidemia de cólera de 1865, que ha dejado muy mermada la población y vuelve a sufrir un estancamiento durante el último episodio de cólera en 1885, que produce 5.000 muertos en la ciudad. Parte del aumento de población de la ciudad está motivado por la anexión de diversos municipios de los alrededores, como Beniferri y Benicalap, que en 1872 pasan a integrarse en la ciudad. Lo mismo ocurre con municipios como Patraix, Benimaclet, Borbotó, Carpesa, Campanar., que a lo largo del último tercio del siglo XIX van anexándose a la ciudad de Valencia. Es una población joven. El 51 % de los habitantes tiene menos de 50 años y sólo el 6 % superaba los 60. La mayoría

de los habitantes han nacido en la misma ciudad, y el pequeño porcentaje que no lo ha hecho, procede de la misma región y de Teruel, fundamentalmente (Sanchis Guarner, 1972).

PRIMERA PARTE

CAPITULO 3

Principales Instituciones
Sanitarias del siglo XIX.

3.A- PRINCIPIALES INSTITUCIONES

Si nos adentramos en las diferentes instituciones relacionadas con la sanidad que van apareciendo y/o desapareciendo a lo largo del siglo XIX, podemos observar que, menos tranquilo y sosegado, el siglo XIX puede ser descrito de cualquier forma. Vamos a intentar hacer un recorrido cronológico a través de estas instituciones y su repercusión sobre la asistencia sanitaria del momento, así como en las profesiones sanitarias.

Todas estas estructuras sufren modificaciones, aparecen y desaparecen, como consecuencia directa y reflejo de todos los cambios político-organizativos que se van sucediendo a lo largo del siglo. Vamos a intentar citar los principales órganos institucionales del siglo XIX relacionados con la sanidad con los que nos hemos ido encontrando a lo largo de la revisión bibliográfica realizada. Estos son:

EL PROTOMEDICATO- PROTOBARBERATO: 1477-1822:

Constituye el órgano más importante de la sanidad española a lo largo de la edad moderna. Durante la tesis ya se ha citado la figura del protomedicato, pero dándole un enfoque casi exclusivamente regulador del acceso a las diferentes profesiones sanitarias en vigor a lo largo de todos los años en lo que está en funcionamiento.

El Protomedicato lleva a cabo una función fiscalizadora de las profesiones sanitarias y actúa como tribunal, sancionando las infracciones en el ejercicio de las profesiones a la vez que las facultaba para su ejercicio, todo ello en nombre del Rey. De hecho, tal y como cita José Javier Viñes: *“los autores más autorizados sitúan su organización y constitución en tiempo de los Reyes Católicos, a través de la pragmática de 1477, por la que se establecen las funciones de los Alcaldes y Examinadores, para que los físicos de la Cámara Real de forma individual o en tribunal con otros físicos, examinaran a médicos, cirujanos y boticarios que ejercían o iban a ejercer el arte de curar como medida para garantizar a los súbditos la capacitación y los conocimientos de los médicos, y evitar el intrusismo”* (Javier Viñes, 2006).

El Protomedicato se encarga de regular a físicos, cirujanos latinos o romancistas y boticarios, mientras que una institución paralela, lo hace con los barberos: el Protobarberato, que ejercitado por los barberos mayores de la Corte, es creado del mismo modo y con el mismo fin, atender los asuntos de acceso, examinando a los que deseaban ejercer la profesión de barberos, así como evitar, perseguir y castigar el intrusismo. Los

barberos, además del “uso de tijera y navaja debían examinarse de sajar, sangrar, echar sanguijuelas, ventosas, sacar muelas y dientes”. El protomedicato debe ejercer su función en todo el territorio español, para lo que Felipe V centraliza y unifica el Protomedicato de Castilla y establece las subdelegaciones de Aragón, Cataluña, Valencia, Murcia, Galicia y otros (Javier Viñes, 2006).

En 1780 Carlos III crea tribunales independientes para las profesiones de físico, cirujano y farmacéutico; y en 1799 se crea la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía, a la vez que se deroga el Protomedicato, asumiendo la Facultad las competencias antes ejercidas por el mismo.

Y es en 1811, en plena guerra de la Independencia, cuando se recupera el Protomedicato pero con otra denominación: ahora será el Tribunal Superior de Salud Pública quien asuma las funciones del Protomedicato (Javier Viñes, 2006).

Tan sólo otros tres años después, y confirmando los múltiples vaivenes que tienen lugar en todos los aspectos de la vida cotidiana del siglo XIX, en el año 1814, de vuelta al régimen absolutista a nivel político, se vuelve a derogar de nuevo del Protomedicato (con un carácter más gubernativo progresista de carácter público) o el ahora llamado Tribunal Superior de Salud Pública, y de nuevo se impone la Junta Superior Gubernativa de Medicina, Cirugía y Farmacia, con un carácter más profesional y gremial de estas últimas (Javier Viñes, 2006). Es en 1822 cuando el Protomedicato desaparece definitivamente.

LAS JUNTAS SUPERIORES GUBERNATIVAS DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA: 1800-1839:

Como ya hemos visto, en uno de los periodos de declive del Protomedicato, Carlos III forma tribunales independientes y crea la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía (1780). Posteriormente Carlos IV crea las Juntas Superiores Gubernativas de Farmacia (1800), Cirugía (1801) y Medicina (1804). Esta nueva organización, por una parte, nos recuerda a las antiguas organizaciones gremiales en cofradías de profesiones sanitarias, cuyo objetivo siempre fue la defensa de los intereses de las mismas; y por otra parte, constituyen el primer paso que a finales del siglo XIX y a lo largo del XX dará origen a las organizaciones colegiales de las profesiones sanitarias (Javier Viñes, 2006).

Pero las Juntas Superiores Gubernativas corren la misma suerte que el Protomedicato, y desaparecen por R.D. en 1839, pasando sus funciones relacionadas con los estudios a ser desarrolladas por la Dirección General de Estudios, mientras que las funciones relacionadas con la protección de la salud de los ciudadanos y las acciones ante epidemias pasan a ser controladas por la Junta Suprema de Sanidad.

LA JUNTA SUPREMA DE SANIDAD: 1720-1742; 1743-1805; 1809-1847:

La Junta Suprema de Sanidad en sus orígenes surge como un órgano que se ocupa de la salud de la población, ejerce una función de carácter público y deja aparte la regulación de los profesionales sanitarios. Las competencias de la Junta Suprema se modifican en 1840, cuando asume tanto las correspondientes a la defensa del reino en caso de epidemias (sanidad marítima y terrestre) como la administración de las academias de medicina y cirugía, las subdelegaciones de farmacia, los baños y aguas minerales, y todo lo perteneciente al ejercicio de la ciencia de curar. Durante su funcionamiento, los temas relacionados con la formación de las profesiones sanitarias y su regulación pasan a ser gestionadas por la Dirección General de Estudios (1839) (Javier Viñes, 2006).

La Junta Suprema funciona como órgano asesor de las estructuras legislativas y gubernativas, regulando y organizando los lazaretos y dando instrucciones para la sanidad marítima y terrestre, con el objetivo de evitar y controlar las epidemias. Pero La Junta Suprema de Sanidad que, como acabamos de ver, tiene entre los asuntos de su competencia muchos de gran relevancia, carece en su composición de profesionales sanitarios, por lo que las decisiones eran tomadas en función de aspectos relacionados con la policía sanitaria y la regulación del derecho a la libertad de las personas. Esto explica las medidas coercitivas en el ámbito de la sanidad marítima, como son las cuarentenas marítimas o de salubridad, que intentan mantener un buen estado higiénico general. Esta regulación cuarentenaria en los lazaretos y, en especial, en el lazareto de Mahón, es una de las principales funciones de la Junta Suprema durante sus años de funcionamiento. En el ámbito terrestre aplica el mismo rigor en la regulación de la circulación de mercancías y personas, pero en este caso, mediante los cordones sanitarios, que son utilizados hasta su prohibición en 1834 mediante una Real Orden propuesta por la propia Junta Suprema de Sanidad, cediendo así a toda la oposición sobre los mismos, oposición liderada por profesionales sanitarios que insisten en la ineficacia de estos cordones en el control de las epidemias, puesto que incluso agravan las mismas con las carencias de alimentos que generan.

La Junta Suprema de Sanidad subsiste desde 1720 hasta 1847 (con breves periodos de sustitución) y comparte competencias en el ramo de la sanidad con las instituciones del momento, como son el Protomedicato, las Juntas Gubernativas Superiores de Medicina, de Cirugía y Farmacia y con la Dirección General de Estudios. Es en 1847 cuando las necesidades epidémicas del momento y la organización política hacen necesario un cambio de estructura, y la Junta Suprema de Sanidad pasa a ser sustituida por el Real Consejo de Sanidad.

REAL CONSEJO DE SANIDAD: 1847-1944:

El Real Decreto Orgánico de Sanidad de 1847, entre otras iniciativas, crea, bajo el control del Ministerio de la Gobernación, la Dirección General de Sanidad, como órgano administrativo para la canalización de las instrucciones en materia sanitaria, y también el Real Consejo de Sanidad, órgano consultivo central y asesor en los asuntos de sanidad, incluyendo a profesionales sanitarios entre sus miembros, que le dan un carácter técnico al Consejo. El Consejo es, a lo largo de todo el siglo XIX, el órgano técnico sanitario, con funciones consultivas y de elaboración de propuestas legales e instrucciones legales que marcan toda la actividad sanitaria del siglo. Los temas de consulta son diversos, desde las reformas o mejoras en la policía exterior, hasta las normas de funcionamiento de la policía interior dirigidas al control de epidemias y preservación de contagios. Pero además tiene funciones relacionadas con la organización de las epidemias.

Concretamente uno de los principales problemas a los que tuvo que hacer frente el Real Consejo es la dirección y organización de las epidemias de cólera morbo asiático de 1847, 1855 y 1885. Gobierna durante casi un siglo todos los temas de sanidad marítima y de sanidad terrestre o interior, ocupándose también del control de baños y aguas minerales, de la ordenación farmacéutica y de la policía mortuoria. “Constituido el consejo como la reunión de las personas de mejores conocimientos higiénico-sanitarios de España y de mejor criterio para el gobierno de la sociedad, va a ser el centro de la vida sanitaria junto a las academias de medicina, ya que la Dirección General se considera como un órgano político administrativo y ejecutor de las propuestas y recomendaciones del Consejo pero inaccesible para los higienistas y sanitarios” (Javier Viñes, 2006).

LOS SUBDELEGADOS DE SANIDAD: 1847- 1944:

Su existencia está presente desde principios del siglo XIX, pero realmente sus funciones son definidas y establecidas durante la organización sanitaria que tiene lugar en el año 1847, cuando se convierten en el instrumento para poner en práctica una política y una policía sanitaria única, con una dependencia central.

Los subdelegados dependen directamente del Real Consejo de Sanidad a nivel técnico y de los gobernadores de provincias a nivel político. Con estas características, los subdelegados son la mínima estructura organizativa a nivel de sanidad, con capacidad de llegar a todos los puntos del territorio y hacer así cumplir las disposiciones sanitarias dictadas por el Gobierno Central, vigilando y reclamando el cumplimiento de las leyes, ordenanzas y demás normas relativas a sanidad. Todas estas normas también llegan a la necesidad de controlar el ejercicio de las profesiones sanitarias del momento: las profesiones médicas, la de farmacia y la de veterinaria. Sus funciones en este ámbito incluyen obligaciones como son el velar por el cumplimiento de las normas sanitarias, vigilar que nadie ejerza la ciencia sin el correspondiente título....Pero la figura del subdelegado de sanidad no tiene demasiado éxito debido a su falta de reconocimiento, sobre todo a nivel retributivo.

En 1851 se crea la figura de los “inspectores médicos de higiene”, equivalente a los subdelegados, pero con perfil totalmente distinto a sus antecesores: los inspectores son profesionales sanitarios, con dedicación exclusiva a la sanidad pública, sin ejercicio clínico, y son pagados por el Estado, quedando entre sus funciones y competencias la detección, notificación y prevención de las causas de insalubridad en la población.

LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD:

Tal y como ya hemos citado, las actuaciones de la Dirección General de Sanidad están supeditadas a los informes y consejos de las academias y del Real Consejo de Sanidad. Pero sus principales funciones son administrativas, relacionadas con la elaboración y difusión de documentos que deben convertirse en instrucciones, reglamentos, decretos y órdenes reales en materia de salud, encargada de aplicar y administrar las propuestas técnicas y de redactar y aplicar las medidas normativas. Posiblemente por ser considerada como un órgano básicamente administrativo y técnico, su relevancia a lo largo del siglo XIX no es tenida demasiado en cuenta, ya que se prima la atención hacia los aspectos teóricos. Esta falta de consideración puede ser la

causa de que durante el siglo, la Dirección General de Sanidad cambie de denominación, dependencia y funciones hasta en doce ocasiones, siendo suprimida y vuelta a poner en funcionamiento en otras tres ocasiones (Javier Viñes, 2006).

Como organismo central, le son adscritas las competencias sobre el Instituto de Vacunación (fundado en 1871) y el Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene (fundado en 1894), que fusionan en un único Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología “Alfonso XIII”, y que ya entrado el siglo XX pasa a llamarse Instituto Nacional de Higiene (Rodríguez Ocaña, 1994).

LAS JUNTAS PROVINCIALES Y MUNICIPALES DE SANIDAD:

Las Juntas de Sanidad son uno de los órganos de administración sanitaria más característicos del siglo XIX. Nos encontramos con una gran cantidad de diferentes tipos de Juntas, con funciones, ámbitos y composiciones diferentes: Juntas Superiores gubernativas de medicina, cirugía y farmacia; Junta Suprema de Sanidad; Consejo de Sanidad del Reino que sustituyó a las anteriores pero que no dejaba de ser una junta que reunía a los representantes más entendidos del ramo político-administrativo de la sanidad o de la salud pública; Juntas provinciales y municipales. A partir de la centralización y estatalización de la función de la sanidad, las juntas de sanidad pasan a constituir la principal base de la organización de la salud pública, supeditada a las decisiones del Consejo de Sanidad del Reino y en lo administrativo, al jefe político.

“Las competencias que se confieren a las juntas de sanidad son dar dictamen cuando les consulte el jefe político sobre cualquier tema del ramo de la sanidad; presentar por sí mismas las propuestas convenientes para mejorar la salubridad de la provincia; preservarlas de los males contagiosos, epidémicos y endémicos; mejorar y perfeccionar el servicio del ejercicio de la medicina, cirugía, farmacia y veterinaria; y reprimir las infracciones a las leyes y normas sobre el ejercicio profesional y sobre la venta de productos, substancias y cuerpos de cualquier tipo que pueden perjudicar la salud pública” (Javier Viñes, 2006).

LOS INSPECTORES DE SANIDAD:

Con los nuevos Inspectores se pretende atender a la vigilancia y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, a la salubridad urbana, a la higiene alimenticia y al control de vacunaciones, además de proveer el mantenimiento de la estadística sanitaria. Pero la idea de partida no se materializa, ya que, como hemos vistos las funciones son muchas y además se nombran muy pocos Inspectores, lo que dificulta aún más su correcto funcionamiento (Rodríguez Ocaña, 1994).

FECHA	INSTITUCIÓN	INSTITUCIÓN QUE LA SUSTITUYE
1477	PROTOMEDICATO-PROTOBARBERATO: Función fiscalizadora de profesiones sanitarias: físicos, cirujanos latinos o romancistas, barberos y boticarios	
1799	PROTOMEDICATO-PROTOBARBARATO	FACULTAD REUNIDA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
1811	FACULTAD REUNIDA DE MEDICINA Y CIRUGÍA	TRIBUNAL SUPERIOR DE SALUD PUBLICA (= protomedicato)
1814	TRIBUNAL SUPERIOR DE SALUD PUBLICA	JUNTA SUPERIOR GUBERNATIVA DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA
1839	JUNTA SUPERIOR GUBERNATIVA DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA	DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS: estudios sanitarios. -JUNTA SUPREMA DE SANIDAD: protección de la salud
1847	JUNTA SUPREMA DE SANIDAD	REAL CONSEJO DE SANIDAD: órgano consultivo y asesor en asuntos de sanidad. DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD: órgano administrativo en materia sanitaria.

TABLA 8: Instituciones sanitarias del siglo XIX

3.B- LA BENEFICENCIA Y SU REGULACIÓN LEGISLATIVA

Ya hemos visto los importantes cambios que tienen lugar en las estructuras de la sociedad del siglo XIX, el impulso de la burguesía como clase social y la migración masiva de las zonas rurales hacia las ciudades, donde la industrialización atrae a la población y la visión del hombre como agente de trabajo y fuente de ingresos tiene una clara repercusión sobre la salud y la importancia de su mantenimiento, puesto que las personas que enferman dejan de trabajar y de generar ingresos, con todas las repercusiones que esto conlleva sobre sus propias familias y la sociedad en general. Este movimiento social hacia las ciudades por el aumento de la industria genera problemas de hacinamiento, insalubridad y mendicidad, que provoca en las personas nuevas necesidades, de educación, de infraestructuras y de asistencia sanitaria y social (Fernandez Riquelme, 2007).

En este entorno social, la pobreza y la mendicidad son consideradas como una amenaza para el progreso y para el orden social, así como para el desarrollo económico y productivo de la nueva sociedad que se está gestando. Los pobres no son útiles en esta nueva etapa, ya que ni generan progreso social con su trabajo, ni pagan impuestos ni participan en la política de su entorno. Esta amenaza y su gran repercusión impulsan a los gobiernos y a los poderes públicos a tomar las riendas en la búsqueda de una solución que consiga aumentar la población útil para la industria.

Los beneficiarios de estas medidas no son todos los necesitados; solamente se incluyen como destinatarios de asistencia y ayuda aquellos que cumplen unas normas de conducta moral exigida en la sociedad del momento: el pobre ocioso, el mendigo y el vagabundo no son considerados merecedores de atención, dado que son vistos como un peligro para la sociedad, por lo que se procede a su cautiverio y represión (Vidal Galache, El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid, 1987).

Hasta este momento, tradicionalmente, el gran peso de la asistencia social y de la caridad ha sido sustentado por la beneficencia tradicional, por la caridad y la misericordia, en manos casi exclusivamente de organizaciones religiosas y, en menor medida, de los particulares y sus limosnas. Pero este protagonismo cambia radicalmente durante el siglo XIX y es asumido en gran parte, como hemos visto, por los poderes públicos, impulsándose la Beneficencia pública, a través de importantes medidas desamortizadoras que retiraban de las instituciones caritativas y de las Obras pías el protagonismo, para pasarlo a los Ayuntamientos y demás organizaciones públicas y despojando a la Iglesia de sus abundantes riquezas para poder llevar a cabo

su labor de asistencia. Gran parte del esfuerzo normativo de este siglo se dedica a establecer un “catálogo” de establecimientos de asistencia, así como en fijar las responsabilidades del gobierno en cada uno de ellos (Aguilar Hendrickson, 2010).

En esta forma nueva de gestión se generalizan los hospicios y hospitales municipales, convertidos en cierta medida en centros de reclusión y trabajo para controlar a los individuos marginados que suponen un riesgo y una mala imagen para la sociedad del momento, se trata de integrar al mendigo mediante su formación y su trabajo forzado. Asimismo, cobran protagonismo las Casas de expósitos, cuya tarea se centra en evitar que los menores abandonados lleguen a la situación de mendicidad en la edad adulta, por lo que son acogidos, educados y formados en estos centros.

Son muchas las fechas y normas resaltables que regulan la Beneficencia durante este siglo, entre las que podemos resaltar las siguientes, por su mayor influencia y relación con el tema que nos ocupa:

Las Cortes de Cádiz: 1812.

Las Cortes de Cádiz, mediante la Constitución de “La Pepa”, dan al Gobierno de la nación la competencia centralizada de la sanidad pública, otorgando responsabilidades de salubridad a los ayuntamientos y, en el ámbito asistencial, estableciendo que la beneficencia municipal sea obligatoria.

Así, en el artículo 131 de la Constitución de 1812 se establece, dentro del apartado dedicado a las facultades las Cortes, “aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del reino”; y el artículo 321 especificaba que estará a cargo de los ayuntamientos “la policía de salubridad y comodidad” y “cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia” (San Segundo, 2012) .

Decreto de Desamortización de las Cortes de Cádiz: 1813.

El 13 de septiembre de 1813 las Cortes de Cádiz emiten un importante decreto en el que se regulan las medidas desamortizadoras que van a tener lugar a partir de este momento.

Decreto de 27 de septiembre: 1820.

El 27 de septiembre de 1820, durante el Trienio Liberal, se emite un nuevo decreto mediante el que se suprimen todas las posibles vinculaciones y se prohíbe a las comunidades religiosas la adquisición de bienes o inmuebles en todas las provincias de la Monarquía. Tan sólo unos días más tarde, el 1 de octubre de 1820, la supresión se hace extensiva a los monasterios de las órdenes monacales, los conventos de órdenes militares, los de San Juan de Dios y en general, a todas las órdenes hospitalarias.

Ley General de Beneficencia: 1822.

En la Ley General de Beneficencia promulgada por las Cortes Extraordinarias en febrero de 1822 (1822-1823 y 1836-1849) se amplían los principios que las Cortes de Cádiz han introducido en materia de Beneficencia en la Constitución de 1812. Se trata de la primera norma general que define un organigrama completo de la beneficencia pública, fundamentada en la autonomía de las corporaciones locales (Maza Zorrilla, 1999): da un papel fundamental en la ejecución de la Beneficencia a los municipios y a las Juntas Municipales y Parroquiales de Beneficencia; tiene entre sus principales funciones la de proporcionar al Gobierno los diferentes planes de implantación y desarrollo de las Beneficencias en cada una de las provincias. Deja a la Diputación la función de inspeccionar las cuentas de los Ayuntamientos antes de pasar éstas al Gobierno Central.

Otra de las principales funciones de la Ley General de Beneficencia es la de sistematizar su funcionamiento, incluyéndola como un servicio más dentro de la Administración pública. Esta sistematización incluye tanto la agrupación de todos los bienes de Beneficencia en un fondo común, que luego serían divididos según los fines en municipales o generales, así como la conversión de bienes y establecimientos privados de beneficencia en públicos. Este punto no implica la desaparición de todas las estructuras benéficas existentes hasta el momento, ya que en la propia Ley queda contemplada la continuidad de aquellas asociaciones caritativas y religiosas que en el periodo previo a su promulgación hayan desarrollado una labor asistencial positiva, sin abusos ni escándalos (Vidal Galache, El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid, 1987).

Con esta Ley se llega al punto culminante de un proceso iniciado durante el reinado de Carlos III, quien ya tenía clara su intención de controlar en su totalidad la asistencia al necesitado y al mismo tiempo, asegurarse la represión hacia el pobre ocioso válido para el trabajo, que era visto un peligro potencial para la seguridad

ciudadana de la época (Vidal Galache, 1987). Con esta Ley, se atribuye al nivel municipal, a través de las juntas municipales de beneficencia, la responsabilidad plena de ordenar todos los establecimientos de beneficencia del municipio. Por otra parte, se encarga a las diputaciones provinciales la función de controlar y fiscalizar el funcionamiento de la beneficencia municipal (Aguilar Hendrickson, 2010).

Se configura un sistema de asistencia sanitaria pública compuesto por hospitales, que pueden ser generales o especializados, pero atendidos en ambos casos por profesionales médicos; la asistencia domiciliaria, prestada por pequeñas fundaciones piadosas y más adelante por las juntas municipales, relegando así la actividad asistencial de la Iglesia a la atención de los colectivos marginales (ancianos, impedidos, expósitos, inadaptados y descarriados). La Ley abre la posibilidad a las hermanas de la caridad para poder desempeñar actividades benéficas, especialmente en las casas de maternidad y en la asistencia en los hospitales a enfermos de ambos sexos (López Castellano, 2010), tal y como veremos que ocurre en los principales hospitales y centros asistenciales de la Valencia del siglo XIX.

Con esta Ley se establece la creación de una Junta Municipal de Beneficencia en cada pueblo, debiendo atender todos los asuntos relacionados con la beneficencia como auxiliar de cada Ayuntamiento. En poblaciones muy amplias puede existir, además de esta Junta, la Junta Parroquial de Beneficencia o la Junta de Barrio. Sus miembros son nombrados por los ayuntamientos cada dos años y las obligaciones de todas ellas quedaban definidas de la siguiente manera:

- Informar a los ayuntamientos sobre los establecimientos de beneficencia: si es necesario aumentar, suprimir o arreglar cualquiera de ellos.
- Proponer diferentes medidas en caso de necesidades excepcionales.
- Ejecutar las órdenes sobre mendicidad que dicta el Gobierno y que a ellas les son trasladadas desde los diferentes Ayuntamientos a los que pertenecen.
- Controlar las cuentas que los diferentes administradores de los establecimientos benéficos les facilitan, y trasladarlas al Ayuntamiento.
- Proponer al Ayuntamiento el nombramiento de los directores y administradores de los establecimientos benéficos bajo su control.
- Presentar anualmente una memoria y un presupuesto de gastos para el año próximo de la beneficencia de su distrito.

Todas estas Juntas rinden cuentas a sus respectivos Ayuntamientos, y se dirigen a las Diputaciones Provinciales únicamente en caso de desacuerdo con los mismos. También establece la Ley los fondos destinados a la beneficencia, siendo de dos tipos, generales y municipales. Los fondos generales procedían de rentas y consignaciones, y son asignados directamente por las Cortes, mientras que los municipales corresponden a los bienes, censos, derechos y acciones particulares que poseen los establecimientos de beneficencia, además de las limosnas que las juntas recolectan en los pueblos. Los Ayuntamientos examinan cada año las cuentas que le son reportadas por las Juntas Municipales de Beneficencia y, tras ser aprobadas o no, son remitidas a la correspondiente Diputación Provincial (Alicante, 2007).

Esta Ley también especifica cuáles son los establecimientos de beneficencia que deben estar bajo el control y vigilancia de las Juntas municipales de Beneficencia, estableciendo en cierto modo una clasificación de los centros asistenciales del momento y que a continuación pasamos a detallar:

CASAS DE MATERNIDAD: se establece la necesidad de una casa por provincia, delimitándose incluso en el Reglamento los departamentos de los que éstas deben constar, esto es, uno de refugio de las mujeres embarazadas y paridas, otro para la lactancia de los niños y un último departamento para la educación de los niños hasta los seis años (Reglamento general de Beneficencia Pública, decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821, y sancionado por S.M., 1822). Estas casas cumplen la función de acogida de niños expósitos hasta los 6 años, huérfanos o abandonados por sus padre, con el fin de asegurar su cuidado y educación.

CASAS DE SOCORRO: en este caso se establece su existencia en función de la demanda de cada provincia. Estas Casas de Socorro son creadas para acoger a los huérfanos desamparados y niños de las casas de maternidad que ya han cumplido los 6 años, así como a los impedidos y demás pobres que no tengan recursos suficientes para garantizarse su manutención diaria. Al igual que en las casas de maternidad, se establecen los departamentos con los que deben contar las Casas de socorro: uno para hombres y otro para mujeres. No es su objetivo dar asilo a todos los ociosos y desfaenados de la sociedad; una de sus principales funciones es la de educar a los niños y enseñar a todos los acogidos una profesión u oficio que les permita ganarse su sustento, por lo que dentro de ellas existen fábricas, talleres y maestros que forman a los acogidos, que no permanecen en la casa más tiempo del necesario para su independencia.

Esta normativa también tiene un importante papel en la articulación de la asistencia domiciliaria, ya que en ella se determina que las juntas parroquiales de Beneficencia, y en su defecto las municipales, debían “atender a las necesidades de los indigentes de su distrito, de tal modo que sólo fuera conducido a la casa de socorro el que por ningún otro medio pudiera ser socorrido en la suya propia (Herrera Rodríguez, El debate sobre la calidad asistencial en la España del Siglo XIX, 2006)

SOCORROS DOMICILIARIOS: las Juntas Parroquiales de Beneficencia (y donde no existan éstas, las municipales), se encargan de atender las necesidades de los individuos de su distrito, distribuyendo los socorros domiciliarios en función de unos requisitos, como el de ser vecino residente de la parroquia para poder ser socorrido en la propia casa, además de quedar constancia de ser una persona de buenas costumbres y tener un oficio u ocupación conocida (Reglamento general de Beneficencia Pública, decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821, y sancionado por S.M., 1822).

Nos parece interesante el punto en el que el Reglamento de 1821, en su artículo 93 insiste en la prohibición expresa de pedir limosna bajo ningún pretexto en todas aquellas provincias en las que estén establecidas las casas de socorro o los auxilios domiciliarios, puesto que una de las principales funciones de toda la estructura benéfica del siglo tiene como fin último evitar la mendicidad y la pobreza, por ser vistas ambas como una amenaza para el progreso de la sociedad.

HOSPITALIDAD DOMICILIARIA: la asistencia domiciliaria se establece como la alternativa de elección ante las situaciones que puedan requerir atención sanitaria, frente a la atención hospitalaria, que se deja como opción para aquellos asistidos que no viven en el pueblo y que por lo tanto no tienen dónde ser asistidos, y para aquellos que presenten enfermedades sospechosas y pueden ser una fuente de contagio, y por lo tanto un riesgo para la parroquia. Serán las Juntas Parroquiales donde las haya, y en su defecto las Juntas Municipales, las responsables de facilitar a los enfermos pobres en sus propias casas las atenciones y productos necesarios. En el artículo 100 del citado Reglamento (Reglamento general de Beneficencia Pública, decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821, y sancionado por S.M., 1822) nos encontramos unas de las pocas menciones específicas que hemos localizado hacia las funciones de los profesionales enfermeros: “ Será cargo de los enfermeros tomar los correspondientes informes y oír el parecer del facultativo antes de suministrar socorro alguno, a excepción de los casos muy urgentes en que peligrase inminentemente la vida de algún enfermo”. Del mismo modo, en el artículo 101 nos encontramos con la obligatoriedad que de forma semanal tienen los enfermeros responsables de la hospitalidad domiciliaria de reportar a la Junta Parroquial o Municipal:

“darán cuenta exacta de las cantidades que se hayan invertido en este objeto, de los enfermos que se hayan curado, muerto o adolecido de nuevo, y de todo cuanto juzguen digno de ponerse en conocimiento de la Junta, para que esta provea por sí lo conveniente”. Este reglamento llega incluso a especificar la organización que debe tener lugar en aquellas parroquias en las que coexistan los enfermeros de las Juntas Parroquiales con los enfermeros de algunas asociaciones benéficas que se dediquen a la asistencia sanitaria de enfermos y pobres, declarando que “los enfermeros de la Junta de Beneficencia se pondrán de acuerdo con los de dicha asociación para auxiliar sus operaciones en caso necesario, para asegurarse de que nada falta a los enfermos.

HOSPITALIDAD PÚBLICA: hospitales de enfermos, convalecientes y locos. Tal y como ya hemos comentado, los hospitales se dejan para la asistencia de aquellos enfermos que no puedan ser atendidos en sus propias casas, por las causas ya mencionadas. Son las Diputaciones Provinciales las que determinarán el número de hospitales de cada provincia, que no deben superar nunca el número de cuatro, aunque no se incluye entre estos cuatro el hospital dedicado a los convalecientes, que está separado siempre que sea posible, ni el de locos, que está separado siempre. Todos estos hospitales constan de departamentos o salas separadas por sexo (hombres y mujeres), por edad (niños y adultos) y por patologías (parturientas, paridas y diferentes enfermedades). También en este apartado el reglamento nombra explícitamente la figura de los “enfermeros o enfermeras” que existirán en número suficiente para atender a los asistidos (art. 111) (Reglamento general de Beneficencia Pública, decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821, y sancionado por S.M., 1822). De este mismo apartado se deducen dos centros asistenciales más del momento:

- **LAS CASAS DE CONVALECENCIA:** se establecen principalmente en aquellos pueblos en los que la hospitalidad pública tenga mucha demanda y necesite derivar a las mismas, siempre bajo el dictamen de los facultativos.
- **LAS CASAS PUBLICAS PARA LOCOS:** pueden ser comunes a dos o más provincias, dependiendo del tamaño de las poblaciones, de las distancias y los recursos, criterios que nos recuerdan mucho a los seguidos en la actualidad para la organización sanitaria. Se define la separación por sexos, tipos de enfermedad mental y gravedad de la misma.

Pero todas estas medidas son anuladas en 1823, al final el Trienio Liberal, cuando se devuelven todos los bienes a los centros religiosos. Esta situación se mantiene así hasta 1835, año en el que, a través de una Real Disposición, se vuelve a restablecer la normativa derogada.

Acto seguido, en 1836, se emite el Real Decreto de 19 de febrero de 1836, por el que se dispone la venta de todos los bienes que hubieran pertenecido a corporaciones religiosas del clero regular.

El Real Decreto de 29 de julio de 1837 extingue todos los monasterios, conventos, colegios, congregaciones y demás casas de religiosos de ambos sexos, y suprime también la contribución de diezmos y primicias. El Gobierno se reserva reglamentar la instrucción pública y los establecimientos hospitalarios, pero en calidad de establecimientos civiles destinados a utilidad pública.

El proceso de desvinculación culmina en 1841, con el Real Decreto de 2 de septiembre y la Real Instrucción del mismo día, por las que son enajenados los bienes del clero secular y son declarados bienes nacionales, y pasan a ponerse en venta, con la excepción de los “especialmente dedicados a objetos de hospitalidad, beneficencia e instrucción pública” (López Castellano, 2010).

Es curioso constatar que ni la Constitución de Cádiz de 1812 ni la Ley de 1822 establecen con claridad el derecho a la beneficencia ni una obligación general de proveerla (Aguilar Hendrickson, 2010). Posiblemente con el objetivo de delimitar este aspecto, sobre todo quién tiene derecho, o más bien, quien no tiene derecho a la beneficencia, en 1845 se publica la Ley de vagos del 9 de mayo, como reflejo del concepto que se tiene de la pobreza como un factor de riesgo social. Esta Ley establece una nueva tipología de la vagancia y propone la reclusión en talleres específicos creados por el Gobierno para los “simplemente vagos”, y la reclusión de dos a cuatro años en presidios correccionales para los vagos “con circunstancias agravantes”. El objetivo era que sólo los pobres de solemnidad, con permiso escrito de la Junta de Beneficencia, puedan beneficiarse de la generosidad de sus conciudadanos. Incluso los códigos penales de 1850 y 1870 incluyen entre sus materias la regulación de la pobreza “peligrosa”, mediante la combinación de la reclusión (para disciplinar y reeducar) y la reinserción por el trabajo (López Castellano, 2010).

También en 1845, y ante la incapacidad de sostener la estructura de Juntas Municipales para gestionar la Beneficencia pública, es publicada una nueva Ley, con la que se establece que son los alcaldes los encargados de dirigir los establecimientos municipales de beneficencia, con lo que las Juntas quedan solo como órganos consultivos. Por Real Orden de 3 de abril de 1846 se clasifican los establecimientos de beneficencia en provinciales y municipales, y se determina que las Casas de Expósitos sean consideradas como establecimientos provinciales (Alicante, 2007)

Ley General de Sanidad: 1849.

El Proyecto de Ley de 1838 y la Ley General de Beneficencia y Sanidad de 1849, corrigen el exceso de municipalización de la Ley de 1822. En la nueva Ley de Beneficencia se reafirma el carácter público de los establecimientos benéficos y se clasifican en tres niveles administrativos: generales, provinciales y municipales, siendo el provincial el que mayor peso y protagonismo tiene. Estos tres niveles se plasman de la siguiente forma: para apoyar al Gobierno en la gestión de la Beneficencia existe una Junta General en Madrid, Juntas Provinciales en las capitales y Juntas Municipales en los pueblos. Las Juntas Provinciales pasan a sustituir y a asumir las funciones de las Juntas Municipales. En la Gaceta de Madrid del 24 de junio de 1849 podemos ver publicada esta Ley, detallando todos los artículos de la misma.

Pero las Juntas Municipales no desaparecen, sino que siguen teniendo a su cargo establecimientos municipales de recepción y traslado de enfermos y desamparados al establecimiento provincial más cercano, pero la obligación más importante de la que se encargan es la beneficencia domiciliaria, fomentando la caridad del vecindario para desahogar los servicios benéficos de los establecimientos (Alicante, 2007).

Esta nueva ley también establece la creación de nuevas estructuras organizativas, como la Dirección General de Beneficencia, dependiente del Ministerio de Gobernación (Interior) y que se hace cargo de “lo perteneciente a hospitales, hospicios, casas de refugio, de perseverancia y de maternidad, establecimientos de dementes y sus análogos, montes de piedad, limosnas y socorro públicos, e indemnizaciones por desgracia o calamidades”. Esta Dirección General pervive, aunque bajo diferentes nombres, hasta la creación en 1977 del Ministerio de Sanidad (Manuel Zaragoza, 2012).

Reglamento que desarrolla la Ley General de Sanidad: 1852.

En 1852 se aprueba el Reglamento (mediante Real Decreto de 14 de mayo) que desarrolla la Ley General y de Beneficencia de 1849. En él se atribuye el control de la Beneficencia al Ministerio de Gobernación y su dirección a la Junta General de Beneficencia. En él se especifica que como establecimientos provinciales de beneficencia se deben entender los Hospitales de Enfermos, las Casas de Misericordia, de Maternidad y Expósitos y las de Huérfanos y Desamparados, en cambio, las Casas de Refugio y Hospitalidad Pasajera, así como la Beneficencia domiciliaria, quedan como establecimientos municipales de beneficencia.

Establecimientos e instituciones	Financiación	Gestión
Establecimientos generales de beneficencia (para locos, sordomudos, ciegos y decrepitos)	Estatal	Junta general de beneficencia
Casas de misericordia	Provincial	Juntas provinciales de beneficencia
Casas de maternidad y de expósitos	Provincial	Juntas provinciales de beneficencia
Casas de huérfanos y desamparados (hospicios)	Provincial	Juntas provinciales de beneficencia
Hospitalidad pública: Hospitales públicos para enfermos Asilos para ancianos pobres y desvalidos Casas destinadas a los dementes	Provincial	Juntas provinciales de beneficencia
Casas de refugio y hospitalidad pasajera	Municipal	Juntas municipales de beneficencia
Beneficencia domiciliaria	Municipal	Juntas municipales de beneficencia
Socorros en especie	Municipal	Juntas municipales de beneficencia

Tabla 9. Instituciones y establecimientos públicos de beneficencia en el siglo XIX. (Vallejo Pousada, 2008)

Tanto la Ley como su Reglamento tratan de recortar las competencias municipales y reforzar las provinciales, conformando un sistema jerarquizado de claro corte centralista, en el que el poder está en la

Junta General de Beneficencia, de ámbito estatal, que posteriormente desciende su poder a las juntas provinciales hasta llegar a las juntas municipales. Se estructura así el sector benéfico, potenciando su carácter público y dejando muy poco espacio al sector privado (López Castellano, 2010).

Este Reglamento también se centra en las competencias y alcance de cada una de las dos beneficencias que existen en ese momento en el marco social: la pública, responsabilidad del Estado, y la privada, que recae principalmente en la iglesia. Los principales destinatarios de la beneficencia pública son los pobres inválidos, que por edad o enfermedad estaban incapacitados para desempeñar un trabajo que les pueda sacar de esa situación de necesidad. Se los agrupa en tres categorías, la “infancia abandonada”, la “vejez desvalida” y el “enfermo pobre”, que lugar a un grupo específico de instituciones para cubrir las necesidades de cada una de las categorías: casas de maternidad y expósitos, casas de huérfanos y desamparados, hospicios y hospitales. A estas instituciones hay que añadir la asistencia domiciliaria, justificada por razones de eficiencia de los recursos públicos, pero que tiene también un trasfondo social, en el que el estatus de la población hace que algunas clases sociales, ante una situación de necesidad o desgracia oculta, accedan a este tipo de caridad (Vallejo Pousada, 2008).

Este Reglamento establece que en cada capital de provincia debía existir al menos un hospital de enfermos, una casa de misericordia, una de huérfanos y desamparados y otra de maternidad y expósitos, de carácter provincial (Barona Vilar C. , 2006). Y al igual que la de norma de 1822, reglamenta la asistencia domiciliaria, ya que insiste en que “corresponde al ámbito municipal el servicio de proporcionar a los menesterosos en el hogar doméstico los alivios que reclamen sus dolencias o una pobreza inculpable” (Herrera Rodríguez,F, 2000).

Tal y como se refleja en la Tabla 9, eran muchas las instituciones de carácter público dedicadas a la beneficencia. Pero también existen instituciones de previsión privada que no debemos dejar de citar por su importante función durante este siglo. Entre estas instituciones sobresalen las creadas por los obreros asalariados, sostenidas económicamente a través de las aportaciones o cuotas de sus afiliados, entre las que podemos encontrar: mutuas, sociedades de socorros mutuos, cajas de ahorros y montes de piedad.

Decreto de 17 de diciembre: 1868.

En 1868 el Decreto de 17 de diciembre suprime todas las Juntas de Beneficencia y se transfieren todas sus competencias a la Diputación.

Decreto de 22 de abril: 1873.

Con el Decreto de 22 de abril de 1873 se crean las Juntas Provinciales de Beneficencia Particular y las Juntas Municipales de Beneficencia Particular, dependientes de las anteriores.

Real Decreto de Instrucción de 27 de enero: 1885.

La siguiente norma publicada, en relación con la regulación de la beneficencia, fue el Real Decreto de Instrucción de 27 de enero de 1885, mediante el cual se reducen las instituciones benéficas a “aquellos establecimientos o asociaciones permanentes destinados a la satisfacción gratuita de necesidades intelectuales y físicas”, en las que se incluyen escuelas, colegios, hospitales, casas de maternidad, hospicios, asilos, manicomios, expósitos y montes de piedad, así como todos aquellos que pese a no tener un carácter de asistencia permanente, sí que tienen el mismo fin, esto es, patronatos, memorias, legados y causas pías.

Real Decreto de 14 de marzo: 1899.

La última norma del siglo en el tema que estamos tratando es el Real Decreto de 14 de marzo de 1899, en el que se reorganizan los servicios de la beneficencia particular y se dan instrucciones para el ejercicio del protectorado por parte del Gobierno. Surge el protectorado con la misión de ejercer las funciones de control y vigilancia encomendadas al Estado, tanto en el sector público como privado (López Castellano, 2010).

Toda esta regulación de la beneficencia no elimina un aspecto social importante y que no se puede desechar, y es el hecho de que desde un punto de vista médico-social, la beneficencia es considerada ineficaz, ya que atiende los efectos de la miseria y la indigencia social, pero en ningún momento ataca ni soluciona las causas de la misma. Además, con toda la regulación normativa, se trata de erradicar el carácter azaroso del

sistema de asistencia y previsión sustentado en la caridad y en la beneficencia, intentando manejar la cuestión social que rodea a todo lo relacionado con la asistencia a los pobres y desprotegidos.

AÑO	NORMATIVA	APORTACIÓN
1812	Cortes de Cádiz	Dan al Gobierno de la Nación la competencia centralizada de la sanidad pública
1813	Decreto de Desamortización de las Cortes	Medidas desamortizadoras
1820	Decreto de 27 de septiembre	Prohibición a las comunidades religiosas de la adquisición de bienes o inmuebles
1822	Ley General de Sanidad	Definición del organigrama de la Beneficencia pública
1849	Ley General de Beneficencia y Sanidad	Clasificación de los establecimientos benéficos
1868	Decreto de 17 de diciembre	Supresión de las Juntas de Beneficencia. Traslado de competencias a la Diputación
1873	Decreto de 22 de abril	Creación de las Juntas Municipales y Provinciales de Beneficencia Particular
1885	Real Decreto de Instrucción de 27 de enero	Reducción de instituciones benéficas
1899	Real Decreto de 14 de marzo	Reorganización de los servicios de Beneficencia particular

Tabla 10: Principales normas que regula la Beneficencia del Siglo XIX

3.C- LA DIPUTACIÓN DE VALENCIA

Citar La Diputación como organización o estructura relevante en la asistencia sanitaria se debe a la función que asume tras su creación, dado que el hecho de controlar la principal fuente de recaudación del reino, hace de la Diputación una entidad con gran peso e importancia, con capacidad para gestionar las necesidades públicas, entre las que encontramos la gestión del mantenimiento de los hospitales y la previsión de las epidemias.

Para entender cómo se llega a esta situación, necesitamos remontarnos a los inicios de la Diputación de Valencia en el año 1417. Durante los siglos XIV y XV se convierten en frecuentes las solicitudes de aportaciones económicas varias por parte de los gobernantes, sobre todo para poder costear entre otras acciones, las múltiples guerras en las se implicaban. Estas solicitudes en un principio van dirigidas fundamentalmente a la Iglesia y la nobleza, ya que, como consecuencia del nefasto plan económico, son estas las que tienen la mayor parte de las riquezas del reino. Pronto las exigencias son tantas que estos dos estamentos sociales protestan y se sustituyen los donativos por impuestos sobre el comercio y determinados productos, que de forma general deben ser aportados por todos los integrantes del reino, independientemente de su condición, desde el rey hasta el último de sus vasallos, de ahí el nombre que recibió de Generalidad. Para controlar la recaudación de esta Generalidad así como para perseguir a los defraudadores, se crean las figuras de los diputados. En 1418, durante el reinado de Alfonso III, las Cortes deciden dar a la Diputación el rango de entidad de organización permanente, pasando desde este momento la Diputación de la Generalidad a formar parte de las instituciones forales del reino de Valencia; su principal objetivo es solucionar el conflicto que han producido durante largo tiempo las deficiencias en la tributación, fundamentalmente causadas por la inmunidad del clero y la nobleza. Dentro de sus atribuciones nos encontramos con temas relacionados con la sanidad. (Martínez Aloy, 1909).

La ubicación de la Diputación se encuentra, en el siglo XV, en la calle Caballeros de Valencia, con variaciones en cuanto a su tamaño y estructura, realizando diferentes reformas a lo largo de los siglos, hasta llegar al año 1751 es ocupada por la Audiencia. A lo largo del documento vemos como la mayoría de instituciones que nacen y perduran durante tantos siglos, sufren momentos de discontinuidad durante su historia, apareciendo y desapareciendo en función de los distintos cambios políticos que se producen. La Diputación no es diferente en este sentido. Tras su nacimiento en el siglo XV, queda desarticulada en el siglo XVIII, durante el reinado de Fernando VI, pasando incluso el edificio que albergaba la Diputación a albergar la real Audiencia. Durante los primeros años del siglo XIX, la Diputación sufre de nuevo vaivenes que la hacen aparecer y

desaparecer de la cartera de instituciones del Reino. No es hasta 1835 cuando renacen las Diputaciones provinciales, instalándose esta vez la de Valencia en la casa de la Compañía, sin renunciar en ningún momento a la lucha por su poder legítimo sobre la Casa de la Diputación en la que se inició (Martínez Aloy, 1909).

Pero nuestro siglo de estudio es el XIX, y hasta él avanzamos para hablar del verdadero origen de la Diputación tal y como la conocemos en la actualidad. Datos que al igual que el resto de las Diputaciones, tienen su origen en la Constitución española de 1812, junto con el nacimiento de las Juntas de los reinos primero y las Diputaciones provinciales después, pasando a cumplir el cometido que en la región valenciana había desempeñado la antigua Generalidad (Martínez Aloy, 1909). Aunque su creación se remonta a ese periodo y dada la gran cantidad de cambios políticos que se producen durante el inicio del siglo XIX, no es hasta 1833 cuando realmente empieza a desarrollar sus funciones institucionales, puesto que es este año cuando se articulan en España las Provincias y regiones. Entre las atribuciones que se le encomendaron a la Diputación en sus orígenes, podemos encontrar las de conservación de carreteras y control de aguas, pero en este estudio nos vamos a centrar en la que asume en 1849, con la aprobación de la ley de Beneficencia, que es la asistencia benéfico-sanitaria y complementar económicamente los recursos propios de las administraciones locales. Desde este año, de la Diputación provincial dependen los principales establecimientos de la Beneficencia de la ciudad que dan asistencia a los valencianos: el Hospital Provincial e incluso, la Casa Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia y la Casa de la Beneficencia, que se mantienen tanto de los fondos que la Diputación consigue transmitirles, como de los ingresos de la venta de los productos que en los talleres de los dos últimos establecimientos se fabrican, así como de las limosnas y donaciones de los valencianos (D.1.7, Memoria referente a la la visita girada a los Establecimientos Benéficos a cargo de la Exma. diputación Provincial, 1889).

Profundizaremos en estos tres centros asistenciales en los siguientes puntos, porque son los que constituyen el pilar asistencial y benéfico de Valencia durante el siglo XIX, tal y como se deja constancia en la Memoria de la visita girada por el Sr. Secretario del Gobierno Civil de Valencia a los Establecimientos Benéficos a cargo de la Exma. Diputación Provincial en 1889: “La Beneficencia pues, tal como se practica en los tres Establecimientos, titulados Hospital Provincial e incluso, Casa de Misericordia y Casa de Beneficencia, no se limita al socorro del pobre inválido por falta de recursos contra la voluntad suya, sino que le presta sus auxilios cuando está enfermo, le enseña si es ignorante, lo moraliza cuando se extravía; lo que es más aun y de más bella caridad, que recoge al recién nacido, lo viste, alimenta y educa cuando niño, y le enseña los secretos de la ciencia y las artes útiles cuando adulto. Previene o corrige al extraviado, recoge al indigente, ampara al anciano y consuela, en fin, a todos los desgraciados” (D.1.7, Memoria referente a la la visita girada a los Establecimientos

Benéficos a cargo de la Exma. diputación Provincial, 1889); este es un fragmento del documento que refleja todos los principios y funciones que cumple la Beneficencia durante este siglo.

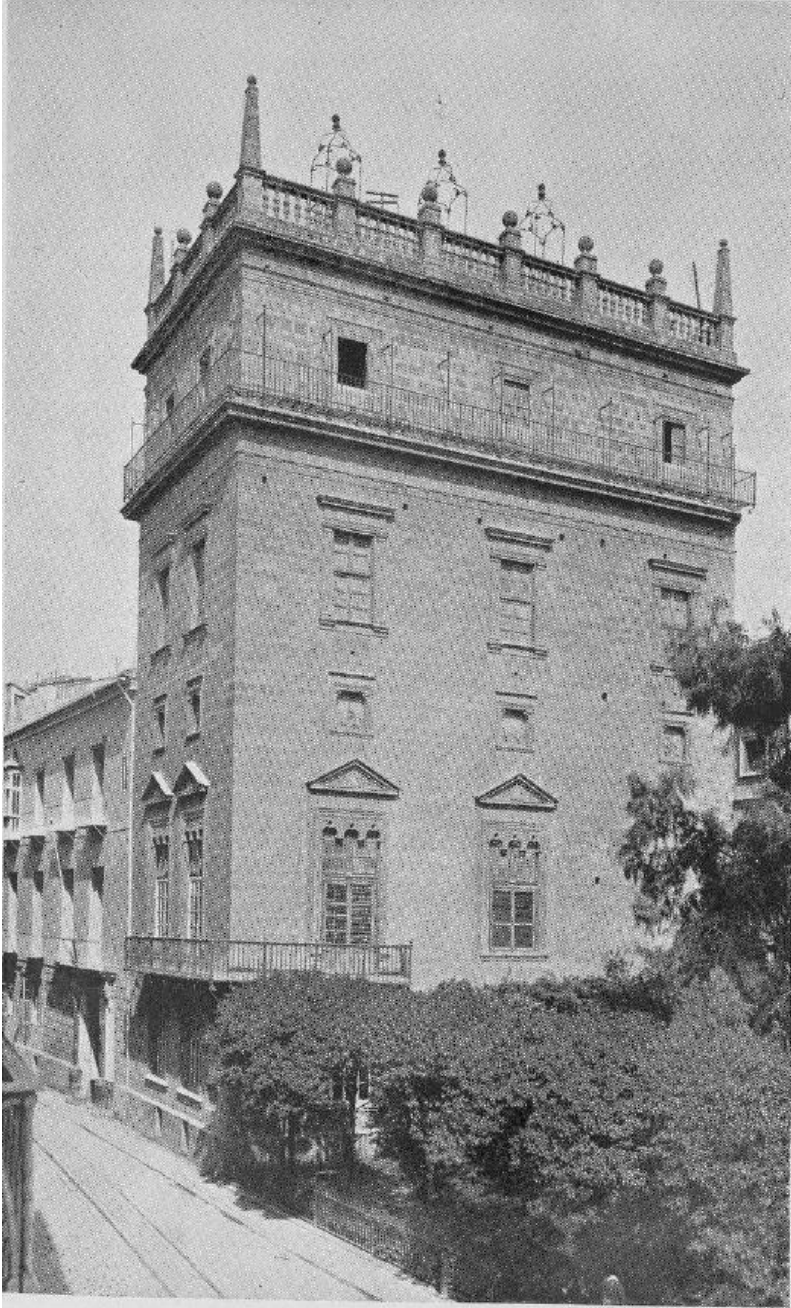


Imagen 1: La Casa de la Diputación. Siglo XIX (Martínez Aloy, 1909). Sede del actual Gobierno Valenciano

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 4

La organización de la asistencia sanitaria y los cuidados en Valencia durante la segunda mitad del siglo XIX.

En este capítulo nos vamos a centrar en la ciudad de Valencia, sus características sanitarias y las principales estructuras sanitarias que en ella podemos encontrar a lo largo de este siglo. Uno de nuestros principales autores de referencia en este capítulo es Juan Bautista Pesset, médico del siglo XIX de nuestra tierra y que en sus escritos se deleita con la descripción minuciosa de todos aquellos factores que pueden afectar a la salubridad de la población de la ciudad, desde el clima hasta la vegetación, pasando por las aguas y el tipo de tierra sobre la que se vive.

J.B. Pesset contextualiza sus textos haciendo diferentes descripciones de la ciudad de Valencia, utilizando para ello tanto sus límites naturales, como su moneda y su opulencia: “... los límites que la impuso la naturaleza, a saber: el mar Mediterráneo al Este, y por los demás puntos cardinales una cadena de montañas, únicamente interrumpida por insignificantes colinas...”, “ ... a la costa del Mediterráneo se extiende, en forma de cita, el antiguamente llamado Reino de Valencia, que por su opulencia y celebridad suele entenderse este país, cuando se nombra sólo el Reino. En el centro de esta comarca, justamente reputada antes por el Paraiso de la Corona de Aragón, se halla situada su Capital, que hoy lo es de una de las tres provincias en las que se ha dividido. Bien representada por la moneda antigua, que lleva esculpida la cabeza de Mercurio, y en su reverso la cornucopia y letra, que dice Valentia” (Pesset y Vidal, *Topografía médica de Valencia y su zona*, 1879).

Estamos ante una Valencia, la del siglo XIX, dividida en cuatro cuarteles o distritos, subdivididos a su vez en ocho barrios cada uno. Esta contextualización no sólo aporta valor por su carácter curioso y cultural para los que en esta ciudad vivimos, sino que además, como ahora veremos al seguir leyendo, influye en el ambiente sanitario que en ella se respira y en la morbi-mortalidad que en ella tiene lugar, aspecto en el que nos extendemos algo más. Concretamente, en 1866, la ciudad cuenta con cuatrocientas dos calles intramuros y noventa y seis plazas. Inmersas todas ellas en un clima suave y ligeramente húmedo, que hace de la ciudad un buen lugar para venir a curarse. Pero no todo son aires cálidos y limpios, ya que también cita Pesset los indiscutibles focos perennes de infección que se encuentran en esta época en las inmediaciones de cárceles, asilos y hospitales, que por exceder muchas veces a su capacidad se convierten en lugares insalubres y mal ventilados, constituyendo un foco de infecciones y enfermedades que se transmiten incluso entre la población cercana a estos lugares. En las calles y plazas de la ciudad no es extraño ver desechos orgánicos y de animales en descomposición que constituyen un importante foco de problemas, y no hay que olvidar los campos de arroz, una de las principales fuentes de riqueza y reconocimiento de la ciudad, que por consistir en aguas encharcadas, se convierten también en ocasiones en foco de transmisión de enfermedades a través de los insectos que en ellos se reproducen (Pesset y Vidal, *Topografía médica de Valencia y su zona*, 1879).

Un aspecto importante y relacionado con el tema que nos ocupa, son todas aquellas estructuras y edificios públicos que al fin y al cabo están vinculados con la salud de la población en la que se encuentran. No estamos aun hablando de hospitales ni de asistencia sanitaria, sino de aspectos básicos, como son los sistemas de cloacas y alcantarillas que mantienen a la ciudad libre de desechos y focos de enfermedades; y de los cementerios y muladares, que mantienen alejada la esfera de los vivos y de los fallecidos. Valencia, entre otras muchas de sus riquezas, cuenta con una muy buena herencia de la época de los romanos, quienes la dotaron de un buen sistema de alcantarillado que permitía y permite, aún en el siglo que nos ocupa, alejar de la zona poblada las aguas residuales y excrementos, dañinos para el hombre pero que constituyeron un buen abono vivificador para toda la huerta que rodeaba a la ciudad, ya casi inexistente.

La otra estructura a la que hemos hecho mención, el cementerio, se ve representado en nuestra ciudad por varios de ellos: el principal, el cementerio general de Valencia, ubicado estratégicamente a un cuarto de legua de la ciudad y en dirección Sur, donde apenas soplan los vientos; pero también encontramos otro cementerio cerca de Patraix, muy cercano al Hospital provincial y donde se entierran los cadáveres que en su interior se originan, cobijando fundamentalmente a gente pobre, lo que le da al cementerio un aspecto de sencillez y modestia, como para estar en consonancia con la gente que en él descansa. Aún cita J.B. Pesset un tercer cementerio, este mucho más específico, el cementerio de Carraixet, destinado a los ajusticiados y muertos por desgracia “o mano airada” y que no son reclamados por sus parientes. Y como no sólo son los hombres los que nacen, viven y mueren, también alberga la ciudad un lugar específico para el enterramiento de los animales no comestibles, el muladar, ubicado en sus orígenes en el propio cauce del río Turia y trasladado posteriormente a una fábrica en Mislata (Pesset y Vidal, *Topografía médica de Valencia y su zona*, 1879).

Aparecen también citados por Pesset los presidios y correccionales de Valencia, que deja constancia de su situación de hacinamiento y en consecuencia de las malas condiciones de higiene que en ellos existen. Entre sus dependencias encontramos citadas las enfermerías, necesarias según el reglamento de funcionamiento de estas estructuras. Son varias las estructuras destinadas a este fin, situándose las principales, por su tamaño, en el desaparecido convento de San Agustín, y la Casa-galera, inicialmente ubicada en las Torres de Cuarte para ser posteriormente trasladada al ex-convento de San Miguel de los Reyes. Estas estructuras y las cárceles existentes en el momento son descritas como lugares carentes de aire y luz, con los presos en condiciones de hacinamiento, lo que las convierte en instalaciones más que propicias para la proliferación de enfermedades como las fiebres

tifoideas o las disenterías, peligrosas no solo para los reclusos sino también para la cercana población en la que están ubicadas. (Pesset y Vidal, Topografía médica de Valencia y su zona, 1879).

Son también los mataderos estructuras que pueden tener su repercusión en la salud pública de la población, por los efluvios de los despojos y reses que en él se sacrifican. En el matadero de Valencia existente durante el siglo XIX encontramos la presencia de un sumidero o pozo ciego donde se depositan estos despojos o animales muertos, en el que se descomponen poco a poco, constituyendo un foco de infección permanente, además del hedor que de él se desprende.

Nuestro tema principal es la organización sanitaria y sus principales actores, por lo tanto, vamos a intentar describir cuál es la situación sanitaria de Valencia durante la época sobre la que estamos trabajando. En capítulos anteriores ya hemos citado el gran número de epidemias devastadoras a las que tiene que hacer frente la ciudad durante el siglo XIX, epidemias dramáticas por sus consecuencias humanas y sanitarias, que merman la población de la ciudad de forma importante. Nos encontramos por lo tanto, como ya hemos podido ver brevemente, con una ciudad con importantes focos de infección en el aire que respira la población, y que son originados entre otros en las cárceles, cementerios, asilos y hospitales que hemos citado. Pero no sólo son las instituciones los focos de posibles infecciones y enfermedades, sino que también son las propias calles de la ciudad, en las que no es inusual encontrar restos de animales y otras sustancias en descomposición, sin olvidar las cloacas y las tierras encharcadas para el cultivo de arroz, que contribuyen a la insalubridad del aire que rodea a la ciudad afectando directamente a la salud de sus moradores.

Pesset realiza una crítica interesante a los problemas sanitarios del siglo XIX y que no queremos dejar de citar: se habla de hacinamiento en los lugares públicos y falta de higiene en las propias calles y plazas que hacen difícil el mantenimiento de una adecuada salubridad de la ciudad. Explica como una de las principales causas de esta falta de control de la salubridad de la ciudad es la errónea elección de los responsables de la organización y control de la misma, puesto que, como ya hemos citado también en lo referente a la legislación sanitaria del siglo, no son los médicos o personas relacionadas con la medicina los encargados de ella, sino que por rutina, no por nada más complejo, son lo generales, los señores con títulos y grandes propietarios o comerciantes, los encargados de organizar estos aspectos tan importantes, aunque estén desprovistos totalmente de los conocimientos sanitarios mínimos necesarios (Pesset y Vidal, Topografía médica de Valencia y su zona, 1879).

Es imposible hablar de asistencia sanitaria en Valencia en el siglo XIX y no hacerlo de Beneficencia, ya que este periodo está marcado por muchos acontecimientos históricos, políticos y estructurales en lo que a la asistencia sanitaria se refiere, y casi todos ellos giran en torno a esta institución, tanto en el contexto como en su estructura.

Valencia, tal y como recogen varios textos de los consultados ((Pesset y Vidal, Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia, 1876); (Pesset y Vidal, Topografía médica de Valencia y su zona, 1879), es conocida no sólo por su clima y los frutos de sus tierras, sino también por ser un reino caritativo y bondadoso, en el que la beneficencia es la principal herramienta para atender a la población pobre, huérfana y enferma. Durante este siglo existen diversos establecimientos con características similares en funcionamiento a la Beneficencia, que presentaremos en este capítulo. Algunos de ellos fueron construidos con anterioridad, pero en la actualidad aún siguen existiendo.

Un dato importante antes de adentrarnos en las diferentes estructuras que dan cobertura sanitaria a la población de Valencia es conocer las dimensiones de la misma. J.B Pesset utiliza las cifras de algunos de los censos disponibles del siglo XIX. Concretamente en el censo de población del 27 de enero de 1822, que informa de 801.135 habitantes en todo el reino de Valencia, correspondiendo a la provincia la cifra de 353.760 habitantes. Se observa un claro aumento si comparamos esta población de la provincia con la de los censos de 1857, con 606.608 habitantes y de 1860, que eleva la población de la provincia a 618.032 habitantes (Pesset y Vidal, Topografía médica de Valencia y su zona, 1879).

Como punto de partida para hablar de los centros en los que se presta asistencia sanitaria en la ciudad de Valencia, vamos definir la principal estructura utilizada desde el principio de los tiempos para desarrollar la asistencia a los ciudadanos: el hoy denominado Hospital. Como ya hemos visto a lo largo del documento, no siempre ha recibido esta denominación, sino que ha pasado por diferentes nombres, con diferentes funciones y diferentes organizaciones. Tal y como cita Mercedes Gallent, los hospitales son algo más que simples edificios que albergan en su interior a personas con determinadas circunstancias vitales: “Nadie se atreve actualmente a poner en duda la necesidad y trascendencia de la historia de los hospitales como instituciones complejas (espacios, profesionales, enfermos, terapias...) que cumplen un papel determinante para comprender la estructura y la dinámica de la sociedad en los diferentes momentos de su configuración” (Gallent Marco,M, 1996).

Un primer paso imprescindible es conseguir una definición acertada de hospital. Son muchas las que hemos encontrado en los textos consultados, pero hay una de ellas que refleja una idea que hemos repetido a lo largo del documento, y que es la de la necesidad de contextualizar socialmente todos los acontecimientos sanitarios. Por este motivo nos quedamos con la definición de R.M. Coe, por tener entre sus líneas un concepto que nos parece importante seguir desarrollando, y es el hecho de que "no se puede comprender adecuadamente la estructura social de un hospital si no se le sitúa en su perspectiva histórica", definiéndolo de la siguiente forma: "Un hospital es, sobre todo, un lugar en el cual los miembros de la comunidad pueden obtener servicios destinados a devolverles la salud", "es también un lugar de enseñanza, un centro de aprendizaje de futuros médicos, cirujanos y otros profesionales" (Coe, RM, 1973).

Es fácilmente deducible pensar que no sólo el contexto histórico y social que rodea a los hospitales influye en su organización y función. El concepto reinante en cada época de la historia sobre qué es la enfermedad, qué la provoca y cómo hay que tratarla, determinan profundamente la existencia de los mismos.

Ya en la edad antigua nos encontramos con referencias de los hospitales existentes en la época, y se observa la evolución de los mismos desde la consideración del hospital como un espacio de carácter eminentemente religioso, donde se ponen en práctica obras de misericordia, puesto que la enfermedad tiene un origen místico y religioso, hasta el hospital como una institución en la que se lleva a cabo la medicalización y asistencia laica, adaptada a las creencias del momento.

Mercedes Gallent cita a Grmek y utiliza su clasificación por etapas en la configuración y consolidación de los hospitales (Gallent Marco, M, 1996):

1- Hasta el siglo XII nos encontramos con construcciones o centros exclusivamente monásticos, que reciben el nombre de "hospitium" o "xenodochium". Como ya hemos visto en los capítulos anteriores, estamos en una época en la que predomina una medicina monástica en la que se une el ideal religioso de hospitalidad y el de caridad. Es un momento importante para la historia de las ciencias médicas, ya que en estas instituciones se copian, traducen y transcriben muchas de las más importantes obras médico-científicas de la historia. Los centros monásticos fueron los primitivos hospitales para enfermos, pobres y viajeros o peregrinos.

2- Del siglo XII al XIV se empiezan a consolidar instituciones sanitarias progresivamente más laicas. Estamos ante un periodo de laicización progresiva de la medicina. Se pierde poco a poco el poder de los monasterios y

la concepción de las grandes abadías, para pasar a trabajar con una concepción más acorde al nuevo concepto de salud, con menos predominancia de los aspectos religiosos.

3- Del siglo XIV al XV se habla ya de centros hospitalarios. Se consolida la secularización de la institución hospitalaria, así como de las profesiones médicas relacionadas con la misma. Durante el siglo XV se asiste a un claro proceso de medicalización de los centros hospitalarios, reflejando estos cambios los que se están produciendo en el resto de la sociedad del momento. Se trata de unos cambios que van de la mano de los nuevos sistemas de valores vigentes en el momento histórico, un momento de transición hacia la Edad Moderna. Los centros hospitalarios pasan a ser un instrumento para la sociedad del momento, en los que se busca encontrar respuesta a las necesidades de salud que tiene la población y que, por lo tanto, hace que las autoridades tomen conciencia de la importancia de su correcto funcionamiento y gestión, por lo que a partir del siglo XV la gestión financiera y administrativa de los centros hospitalarios corre a cargo de los poderes públicos.

Esta última etapa es la que nos encontramos en nuestro época de estudio, y aunque la misma se centra en la Valencia de la segunda mitad del siglo XIX, por dos razones consideramos que es necesario empezar el estudio de sus centros sanitarios varios siglos atrás: en primer lugar porque, tal y como venimos defendiendo a lo largo de toda la tesis, es necesario conocer nuestra historia anterior para poder llegar a entender cómo hemos llegado hasta la situación actual; en segundo lugar, porque hay compañeros de profesión y de la profesión médica que llevan muchos años estudiando y escribiendo sobre la historia de nuestras instituciones sanitarias, y hacen necesaria la realización de una recopilación de todos estos centros, sin adentrarnos con detalle en muchos de ellos, pero sí citándolos, sobre todo para ver la evolución de su unificación en el Hospital más importante de Valencia de toda su historia, el Hospital Provincial. Entre ellos podemos encontrar a A. Nogales, M. Gallent y J.Rodrigo Pertegás, autores que profundizan en sus trabajos, entre otros, en los aspectos organizativos y asistenciales de la Valencia del siglo XIX así como en los protagonistas de los cuidados que en esta época encontramos.

Ya en la Edad Media, la ciudad de Valencia cuenta con numerosos hospitales, la mayoría de ellos fundados por donaciones de caritativos burgueses, por alguna orden religiosa o por disposición real, centrándose estos hospitales en la atención y socorro de pobres y enfermos (Antiguo Hospital General.mht, s.f.). Y no sólo nos encontramos con una importante variedad de centros asistenciales, sino que también en esta época nos encontramos con muy distintas denominaciones del personal que desempeña funciones en estos hospitales y son los responsables de proporcionar cuidados a los asistidos: ministro, enfermero, médico, sangrador, criado,

criada, ama, rector, capellán, visitador, practicante, barbero, enfermera, hospitalero u hospitalera, sirviente o sirvienta, nodriza, freyre o freyra (Dominguez-Alcón,C, 1986).

Durante el Siglo XIII, desde la conquista de la ciudad por Jaime I en 1238, comienzan a fundarse algunos de los primeros centros hospitalarios en la ciudad:

- *Hospital de “Sant Vicent Màrtir” o de Santa María Magdalena*, fundado en 1238 por la propia corona del rey Jaime I, para el cuidado de los peregrinos. Jaime I después de conquistada la ciudad determina establecer lo que en aquel momento se denominan albergues, para la asistencia y curación de los enfermos de todo tipo de afecciones. El hospital de Sant Vicent es uno de estos albergues y se sitúa en el Monasterio de San Vicente de la Roqueta.
- *Hospital de San Joan de Jerusalem*, fundado en 1250 por la Orden militar de San Juan del Hospital para la atención de los peregrinos.
- *Hospital de Sant Guillem*, fundado en 1252 por iniciativa particular de Guillem Escrivá, secretario de Jaime I, para la atención de pobres y enfermos. El hospital está regentado por los monjes Trinitarios, para pasar a manos de las monjas clarisas en el año 1445 y desaparecer como hospital. Se ubica en las instalaciones que hoy conocemos como Monasterio de la Trinidad, a la entrada del camino de Alboraya.
- *Hospital de “Sant LLátzer” (San Lázaro)*, con una fecha de fundación poco clara (Teixidor en su obra *Antigüedades de Valencia* lo data hacia mediados del siglo XIII) (Gallent Marco, M, 2010-2011), se crea para la atención a leprosos y enfermos contagiosos. Se ubica en la calle Murviedro, que hoy conocemos como calle Sagunto, en una zona por aquellos tiempos alejada de la ciudad y rodeada de extensos huertos. Estas acotaciones han de conectarse también con la propia naturaleza y percepción de la lepra en la época en la que es fundado el hospital: es concebida como una dolencia asociada al castigo divino y que constituye una de las enfermedades más temidas hasta el siglo XIII. La lepra es considerada una enfermedad contagiosa, incluso por los jurados valencianos, que en 1400 citan: *“que les dites persones malates no participen ab persones sanes o quities de la dita malaltia. Com aquella sia contagios, ço és, que per sa natura o condició se pega accidentalment per participació de certs actes”*. Por todo esto, semejante enfermedad comporta la condena al aislamiento y a la exclusión de quienes la padecen, lo que tiene unas connotaciones fundamentalmente sociológicas (Gallent Marco, M, 2010-2011).
- *Hospitales de San Jaime y de San Juan Bautista*, por los caballeros de la Orden de San Juan de Jerusalem. Su ubicación cambia para pasar de la antigua cofradía de San Jaime a la puerta de Xerea.

Durante el siglo XIV se sigue la misma tónica y se siguen fundando hospitales en la ciudad de Valencia:

- En 1310 es fundado el *Hospital de Santa LLucía o de la Reina*, para dar asistencia a huérfanos y expósitos. Fue fundado por la Reina Constanza, esposa de Pedro III el Grande, y se localiza cerca de la hoy conocida como Plaza del Ayuntamiento, entre los caminos de San Vicente y Ruzafa. Se pone bajo la tutela de los monarcas aragoneses y de los franciscanos de Valencia, y se inserta en el proceso de municipalización de los centros asistenciales que tiene lugar durante el último cuarto del siglo XIV, pasando a ser gestionado por el municipio Valenciano.
- El *Hospital “d’En Clapers”* se funda en 1311 por Bernat des Clapers y se sitúa al comienzo de la calle Sagunto, junto al camino de Cataluña, con la intención de dar asistencia a enfermos y expósitos. Este hospital es uno de los que desaparecen con la creación del Hospital General en el año 1512, pasando a unirse a este último. Su fundador fue Bernat dez Clapers, un acaudalado burgués, que en 1311, unos pocos días antes de morir, destina su fortuna a la construcción y dotación del establecimiento para enfermos pobres, que en los siglos XIV y XV guarda memoria de su nombre en la ciudad. La ejecución del legado de Bernat dez Clapers corresponde a su esposa, que lo sobrevive tres años. Jaime II, en un documento fechado en Lérida el 31 de octubre de ese mismo año, toma bajo su real protección el establecimiento fundado por su fiel vasallo valenciano (Rubio , O, 1981).
- *Hospital de Santa María de Roncesvalles*, fundado en 1316 por la Orden del Hospital, ubicado en la calle San Jaime.
- *Hospital de “En Beguins” o de Santa María dels Beguins*. Este hospital es fundado por Ramón Guillem Catalá en 1334, y se ubica frente a la actual parroquia de San Agustín, en la calle San Vicente. Se crea con el objetivo de atender a los ermitaños que pueblan las ermitas ubicadas en los extramuros de la ciudad (a los Hombres de Penitencia) cuando enferman o necesitan ser atendidos. Las personas recogidas en el hospital reciben el nombre de beguines. “Beguín” es una palabra alemana cuya traducción al castellano sería “beato”.
- En 1340 se funda el *Hospital de la Orden de San Antonio Abad*, para enfermos de ergotismo, también conocido por “mal de los ardientes, Mal de San Antón o Fuego sagrado”, causada por la ingesta del hongo del cornezuelo del centeno. Se ubica en la calle Sagunto.

- Hospital de “En Soler”, fundado en 1376 por Berenguer Soler, para dar acogida a los peregrinos, a los pobres y forasteros que acudían a Valencia. Se ubica cerca del portal de “N´Avinyó”.
- También para dar atención a los peregrinos es fundado por Francesc Conill el *Hospital D´en Conill, de San Miguel o de Menaguerra*, en 1393, situado al final de la calle Carniceros, para albergar a los pobres pasajeros y peregrinos que pasan por la ciudad.
- Hospital de Sacerdotes Pobres, es fundado en 1394 por el obispo Hugo de Fenollet, y destinado al cuidado de los clérigos aquejados de enfermedades agudas, crónicas o incurables. Se ubica junto a la puerta de Xerea.
- Para finalizar el siglo XIV, en 1399, es fundado el Hospital de “En Bou” por el mercader Empere Bou, para la atención a pescadores adultos enfermos, ubicado cerca de la Puerta de Ruzafa.

En el Siglo XV ya empieza a descender la creación de centros hospitalarios; los más destacados son los siguientes:

- *Hospital En Guiot*, fundado en 1458 por Frances Guiot para acoger a pobres y necesitados. Ubicado en la Huerta de Ruzafa.
- *Hospital de “En Sorell”*, fundado en 1486 por Tomas Sorell para dar asistencia a los más desfavorecidos, y ubicado cerca de la iglesia de San Bartolomé.
- *Hospital dels Folls*, fundado en 1409 a instancias de fray Gilabert Jofré y dedicado al cuidado de los locos (folls), “la joya de la corona” de los hospitales valencianos. Este hospital supone un acontecimiento importante para la ciudad de Valencia, al convertirse en la ciudad en la que se instala el primer manicomio del mundo (Pesset y Vidal, Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia, 1876). También conocido como Hospital de Ignoscens, Folls e Orats, es uno de los centros hospitalarios de Valencia con más historia y relevancia, por lo que bien merece hacer un “alto en el camino” y detenernos en su historia. Este hospital es considerado por gran parte de los autores de los artículos revisados como el primer manicomio

de la historia, constituyendo, junto con el manicomio de Zaragoza, los pioneros en la asistencia psiquiátrica en España (Barrios Flores, LF, 2002).

El origen del hospital encuentra su fundamento en la difícil situación que sufría el reino a principios del siglo XV, en el que tiene lugar una gran serie de plagas, consecuencia en gran medida de las múltiples guerras y pestes continuadas, que generan la carencia de muchos de los artículos de primera necesidad; estos factores unidos dan lugar a “una especie de locura de forma epidémica” (Pesset y Vidal, Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia, 1876), haciendo aumentar de forma considerable el número de enfermos mentales, lo que constituye un peligro para ellos mismos y para el resto de la población. Por este motivo, el Hospital de los Inocentes es fundado en Valencia en el año 1409, y tal y como se recoge en múltiples fuentes, su origen tiene lugar en el sermón de Cuaresma del Padre Juan Gilabert Jofré en la Catedral de Valencia: cuando el Padre Jofré, comendador del Convento de Nuestra Señora de la Merced, se dirige a pronunciar el sermón, presencia el triste espectáculo de la burla y maltrato de un pobre loco por un grupo de personas. Sus palabras son recogidas en el Libro Memoria del Hospital:

“En la present ciutat ha molta obra pía e de gran caritat ès sustentació empero una nimanca, qu`es de gran necessitat, so es un Hospital ó casa hon los pobres ignoscents é furiosos fosen acullits. Car molts ignoscents van per aquesta ciutat, los quals pasen grans desaires de fam, fret, é injurias. Per tal, com per sa ignoscentia é furor no saban guanyar ni demanar la que han menester per sustentació de llur vida; é per so dormen per los carrers ñe pereixen de fa é de fret, é moltes los ulls de sa consciencia los fan moltes injurias é enuchs; é malvades persones no habents deu dabant senyaladament lla hon es troben adormits los furiosos fan dany á moltes persones anan per la ciutat, é aquestes coses son notries á tota la ciutat, porque sería sancta cosa é obra molt sancta que en la ciutat de valencia fos feta una habitació é Spitall en que semblants folls e ignoscents estiguesen en tal manera que no anaren per la ciutat ni poquesen fer danys nils ne fos fet”

En el sermón se hace explícita la necesidad de creación de un hospital o casa que pueda servir para acoger a locos e inocentes, evite su deambulación por la ciudad y la posibilidad de ser agredidos. Su intervención en defensa del mismo es el origen de la creación de este hospital, ya que un grupo de comerciantes de Valencia, liderados por Llorenç Salom, tras escuchar sus palabras, compran una casa en unos terrenos cerca de la Puerta de Torrent, junto al recinto de la muralla, lugar contiguo a tres de las restantes fundaciones hospitalarias de la época, y donde un año más tarde comienza a funcionar el hospital.

En sus orígenes el hospital y su mantenimiento corren a cargo de los fundadores y de las limosnas de la gente. No es hasta 1414 cuando se funda la *Cofradía de Nostra Dona Sancta María dels Ignoscents*, entre cuyos objetivos está la asunción de los costes del mantenimiento del hospital. El Hospital dels folls y la Cofradía son desde un principio dos entidades hermanas, fundadas con el mismo objeto, y cada una es complemento de la otra. Este objeto común es principalmente el socorro y protección de los alienados (Rodrigo Pertegas, 1922).

En relación con esta cofradía encontramos un dato curioso y relevante a la vez, como es la aparición por primera vez de una de las imágenes religiosas más venerada por muchos valencianos: La Virgen de los Desamparados. El 3 de octubre de 1416 el rey Alfonso el Magnánimo firma un real privilegio autorizando la construcción de una imagen para la cofradía, y esta imagen con el paso del tiempo será conocida como Virgen de los Desamparados.

De todos los centros enumerados, cuyo origen según su fundación es distinto (real, particular o religioso), unos tienen exclusivamente carácter de asilo para pobres no enfermos (En Conil, En Sorell...), otros son construidos fundamentalmente como residencias de religiosos (Pobres Sacerdotes), y otros tienen una acción nosocomial restringida (En Bou). Únicamente cuatro hospitales cumplen propiamente su función de centro asistencial: Sant LLàzer (Siglo XIII), de la Reyna (1310), En Clapers (1311) y Beguins (1334). En el caso del hospital de "Ignoscents" su función está claramente ligada a la asistencia a los dementes (Gallent Marco, 1981).

A modo de resumen elaboramos la siguiente tabla con los principales hospitales de la Ciudad de Valencia citados y su función asistencial a la hora de ser fundados:

SIGLO	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN	
SIGLO XIII	1238	Hospital San Vicent Martir o de Santa María Magdalena	Cuidado de los peregrinos	
	1240	Hospital de Sant Llatzer (San Lázaro)	Atención a leprosos y enfermos contagiosos FUNCIÓN ASISTENCIAL	
	1250	Hospital de San Joan de Jerusalem	Cuidado de los peregrinos	
	1252	Hospital de Sant Guillem	Atención a pobres y enfermos	
	Desc	Hospital de San Jaime		

Tabla 11: Principales Hospitales de la ciudad de Valencia y su función asistencial.

SIGLO	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN	
SIGLO XIV	1310	Hospital de Santa Lluçia o de la Reina	Asistencia a huérfanos y expósitos	1512: se integra en el Hospital Provincial de Valencia
		Hospital d'En Clapers	Asistencia a enfermos y expósitos FUNCIÓN ASISTENCIAL	1512: se integra en el Hospital Provincial de Valencia
	1316	Hospital de Santa M ^a De Roncesvalles		
	1334	Hospital de "En Beguins" o de Santa M ^a dels Beguins	Asistencia a los ermitaños extramuros de la ciudad FUNCIÓN ASISTENCIAL	1512: se integra en el Hospital Provincial de Valencia
	1340	Hospital de Sant Antonio Abad	Asistencia a enfermos de ergotismo	
	1376	Hospital "En Soler"	Asistencia a peregrinos, pobres y forasteros	
	1393	Hospital D'En Conill, de San Miguel o de Menaguerra	Asistencia a peregrinos	
	1394	Hospital de Sacerdotes Pobres	Asistencia a clérigos aquejados de enfermedades agudas, crónicas o incurables	
	1399	Hospital de "En Bou"	Asistencia a pescadores adultos enfermos	

Tabla 11: Principales Hospitales de la ciudad de Valencia y su función asistencial.

SIGLO	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN	
SIGLO XV	1409	Hospital de Ignoscents, Folls e Orats	Primer manicomio del mundo	1512: se integra en el Hospital Provincial de Valencia
	1458	Hospital “En Guiot”	Asistencia a pobres y necesitados	
	1489	Hospital de “En Sorell”	Asistencia a pobres y necesitados	
SIGLO XVII	1670	Casa de la Misericordia	Hospicio público de caridad	
SIGLO XIX	1512	HOSPITAL GENERAL O PROVINCIAL	Reunificación de los hospitales de : La Reina, Beguins, En Clapers e Ignoscents	Hospital Provincial de Valencia
	1867	MANICOMIO O SANATORIO PSQUIATRICO PROVINCIAL	Los dementes atendidos en el Hospital Provincial son trasladados al Antiguo Convento de Jesús	

Tabla 11: Principales Hospitales de la ciudad de Valencia y su función asistencial.

Centrándonos en el siglo XIX, y de forma general, podemos observar una estructura funcional y administrativa común en los hospitales de Valencia, configurada del modo siguiente:

- Un grupo administrativo y organizativo, formado por el administrador (*majordom* en el Hospital dels Ignoscents), que representa la máxima autoridad y responsable del centro, bajo las órdenes directas del Consell de la ciudad. El “spitaler”, cuya función es organizar el hospital, recibir a los enfermos y vigilar su cuidado y asistencia (Gallent Marco, M, 1994). Y el procurador, que está encargado de representar al centro ante los tribunales de justicia y ante las autoridades civiles y eclesiásticas.
- Personal sanitario, puramente técnico, compuesto por médicos, cirujanos, barberos y apotecarios. El médico, nombrado y relevado directamente por el Consell, es casi siempre un profesional reconocido. Su responsabilidad es la atención y cuidado de los pacientes que en ellos están internados, mediante visitas periódicas, así como de aquellos malalts pobres que no lo están. Es también de su incumbencia el practicar un examen médico a aquellos enfermos que deben ingresar en un centro destinado a un tipo de dolencias (como en el caso de Sant LLàtzer). Cirujanos y barberos funcionan como meros ejecutores técnicos de las indicaciones del médico, y es de suponer que sobre ellos recaía el peso asistencial del centro. Mientras, los apotecarios, gozan de mayor autonomía, puesto que al carecer generalmente los hospitales de botica, se limitan a servir los fármacos recetados por los médicos (Gallent Marco, M, 1994).
- Personal asistencial, al que pertenecen las “dides” o amas de cría, encargadas del cuidado de los niños recogidos, y el personal de servicio.
- Población nosocomial: compuesta por enfermos pobres, niños abandonados, vagabundos, extranjeros... (Gallent Marco, 1981).

Teniendo en cuenta que cada uno de los hospitales existentes en la fecha cuenta con todos estos estamentos dentro de sus plantillas, es lógico entender por qué hacía finales del Siglo XV ya se comienza a plantear la necesidad de unificar todos o la mayoría de los centros citados, ya que en ninguno de ellos hay una excesiva cantidad de pacientes y su mantenimiento supone una carga económica para la ciudad. Esta tendencia no es en ese momento nada exclusivo de la ciudad de Valencia, sino que también está ocurriendo en otras ciudades peninsulares y europeas, que comienzan a plantearse la misma necesidad de unificar la red de pequeños nosocomios en un hospital general, como reflejo en parte del nuevo concepto de asistencia sanitaria renacentista en el que se considera que la misma debe ser entendida como un problema social y por lo tanto pasar a ser una responsabilidad de la administración pública. Dentro de este contexto, la unificación de los

hospitales puede ser contemplada como la búsqueda de la racionalización de la sanidad que acabamos de citar: una mejor gestión con una mayor rentabilidad y una asistencia más eficaz (Gallent Marco, M, 2012).

Llevando este movimiento a la ciudad de Valencia, nos encontramos con un conjunto de instituciones hospitalarias, ya vistas, que presentaban una estructura laica y civil apta para lograr una fusión por parte de los poderes públicos. Pero esta fusión no fue ni inmediata ni fácil y es en 1512 cuando por fin se materializa a través de una sentencia de Fernando el Católico que decreta la unificación de algunos de los hospitales que acabamos de citar y que siguen en funcionamiento (Hospitales de Beguins, En Clapers, La Reina, Sant LLàtzer e Ignoscents), y se crea así el Santo Hospital General de Valencia, que engloba en la casa de dementes todos los hospitales citados excepto el hospital para la atención de pacientes leprosos, el hospital de “Sant LLàtzer”, que dadas las características de sus pacientes, sigue actuando de manera independiente. Y así continua hasta el año 1545, en el que un incendio destruye rápidamente la benéfica obra que tantos días ha costado construir, convirtiendo en escombros el asilo formado con tanto esfuerzo y dejando sepultados en ellos a treinta asistidos que no pueden ser socorridos. Lo terrible de la situación tiene un efecto de compasión general del pueblo, que propicia la inmediata reedificación en el mismo sitio de otro magnífico edificio (Pesset y Vidal, Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia, 1876).

En 1867 los enfermos tratados de locura que antes eran atendidos en exclusiva en el hospital de inocentes y que en 1512 habían pasado a integrarse en el Hospital General, son trasladados al antiguo Convento de Jesús, que se convierte en Manicomio o Sanatorio Psiquiátrico Provincial, dependiente de la Diputación Provincial, hasta que en los años setenta del siglo XX es puesto en funcionamiento el centro psiquiátrico de Betera, donde son trasladados todos los pacientes.

4.A- CASA DE LA MISERICORDIA

Son muchas las definiciones y alusiones que encontramos en la literatura revisada al concepto y función de las Casas de Misericordia que durante este siglo participan en la asistencia sanitaria y social de la población. En uno de los documentos localizados en la Biblioteca Digital Valenciana, hay una definición amplia y explícita que no deja lugar a dudas sobre estas estructuras: “Las Casas de Misericordia han de ser unos Albergues de la verdadera Caridad, dirigiéndose a mantener y dar ocupación a los Pobres, enseñar gratuitamente honestos oficios a los Niños y cualesquier otros, que necesiten de instruirse; y recoger temporalmente a los Vagos, a los Mendigos voluntarios, haciéndoles trabajar; y asimismo recluir por el tiempo, que fuere conveniente, a las

Personas de ambos sexos, que necesitaren de corrección; enmendando paternal y doméesticamente aquellos menores desórdenes del Hijo díscolo, de la Mujer mal aplicada, inquieta y orgullosa, y del Hombre vicioso, y mal entretenido; cuyos defectos, si se hubiesen de purgar en las Cárceles, solo se verificaría la mayor corrupción de costumbres, que se adquiere en ellas” (Biblioteca Valenciana Digital, 1557).

También encontramos descripciones más centradas en Valencia y en su Casa de la Misericordia, como las encontradas en diversos documentos del Archivo de la Diputación de Valencia, en los que se describe a la Casa de la Misericordia de la ciudad con las siguientes palabras: “verdadero asilo de incurables es continuación humanitaria de la Casa Cuna del Hospital provincial, todas las desgracias de la sociedad hallan acogida en él. El expósito, el niño huérfano de padres o sólo de padre o madre, y son aquellos que no sean huérfanos, siempre que sus padres no puedan atender a sus subsistencias por su infelicidad o imposibilidad, el adulto, el anciano, el impedido, el ciego, el mudo, el sordomudo, todos tienen allí su casa , para dejar de vivir en la indigencia y el abandono y conseguir con la educación unos, con el trabajo otros, ser restituidos al estado de pública y privada utilidad para sí y para la sociedad” (D.1.5.1, 1942); y “ en ella se recoge a los pobres de ambos sexos, alberga a los necesitados de toda la provincia y a los inválidos e incurables, para los cuales existe dentro del Establecimiento un pequeño hospital. Ampara a los Expósitos mayores de 7 años, que son trasladados de la Inclusa del Hospital provincial, viniendo a ejercer así esta Casa de caridad las funciones de un segundo albergue de Maternidad, y teniendo a las hermanas terciarias del Carmen como responsables de la misión de enseñar a las asiladas (D.1.7, Memoria referente a la la visita girada a los Establecimientos Benéficos a cargo de la Exma. diputación Provincial, 1889).

Nuestra principal fuente de documentación del funcionamiento y constitución de la Casa de Misericordia de Valencia lo constituyen el Archivo Histórico de la Diputación de Valencia donde encontramos Reglamentos de Constitución de la Casa (concretamente el de 1833 y otro de año indefinido) y algunas de las memorias de la Casa (1884, 1885 y1886), así como documentación relacionada con su constitución y funcionamiento.

El origen de la Casa de la Misericordia se remonta al año 1670, momento en el que el Consell debate por primera vez la creación de una institución con las características de la Casa de la Misericordia, con un claro objetivo: recoger a los pobres que van mendigando por la ciudad, consecuencia directa del momento de miseria que vive el Reino. Se quiere evitar la vagancia y los malos entretenimientos de los pobres de ambos sexos. Este es su origen, pero varios de los textos consultados muestran la Casa de la Misericordia como el resultado de las

reflexiones de gran parte de la población que ya desde el siglo XVI comienzan a aparecer, reflexiones relacionadas con la necesidad social de diferenciar entre quienes son realmente los pobres merecedores de ayuda y aquellos que por el contrario, lo que necesitan es ser sometidos a un régimen forzado de trabajo o encierro, es decir, diferenciar entre pobreza y mendicidad profesional. La pobreza o miseria se entiende como el producto involuntario al que se ven sometidas las personas ante circunstancias adversas fuera de su control, mientras que la mendicidad o falsa indigencia es planteada como la expresión indolente del rechazo al trabajo y la atracción por el ocio (Alba Pagán, *Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia, Desconocido*). Esta situación de indigencia en la que se encuentra una cantidad considerable de familias del Reino es la que da pie a que el Ayuntamiento de la Ciudad establezca un hospicio público de caridad para acoger a los pobres de ambos sexos de la provincia, en el que tengan cabida prioritaria aquellos que por sus circunstancias se consideraban pobres “verdaderos” (Barona Vilar C. , 2006).

Tras barajar varias ubicaciones para esta nueva institución, el 7 de octubre de 1670 el Consell decide iniciar su construcción en la Morería, a espaldas de la Iglesia de San Miguel, fuera de la ciudad, y es inaugurado el 25 de marzo de 1675. Su construcción es subvencionada en gran parte por el arzobispo y mantenida gracias a las limosnas de los valencianos, como institución benéfica que es (Archivo General y fotográfico de la Diputación de Valencia, 2015).

Dos siglos después, ya en el XIX, la institución fundada en el siglo XVII sigue en funcionamiento y se ha convertido en uno más de los instrumentos que los gobernantes tienen para contener la desocupación resultante de la desintegración social de los antiguos oficios gremiales. Pero empieza su periodo de decadencia, una decadencia que varios de los autores consultados consideran una consecuencia directa del cumplimiento de la ley de desamortización, por la que los bienes de la Iglesia, en este caso, de la Casa de la Misericordia, son requisados para la Hacienda Pública. Esto provoca que al igual que otras muchas instituciones, hasta ahora encargadas de la asistencia benéfica, se vea desprovista de las rentas destinadas a su mantenimiento, lo que dificulta en gran medida el poder seguir desarrollando sus actividades como hasta el momento. Es por este motivo por el que, para poder desarrollar los fines con los que fue fundada, la Casa de la Misericordia pasa a estar, desde el año 1858, bajo el gobierno de la Diputación provincial, lo que implica que desde ese momento la Casa cuente para su funcionamiento con una partida económica de la Diputación, dejando de depender única y exclusivamente de la beneficencia para su funcionamiento. Aunque durante este siglo las leyes liberales sustraen el control de estos organismos a la jerarquía eclesial, no dejan de contar con las órdenes religiosas, especialmente las femeninas, para el gobierno interno y el correcto funcionamiento de las Casas Hospicio. Por

eso en la mayoría de documentos consultados nos encontramos citadas a las Hijas de la Caridad, ya que son generalmente ellas las encargadas de este control de funcionamiento y organización de las instituciones. El caso de la Casa Hospicio es un ejemplo más de las instituciones en las que estas Hijas de la Caridad prestan sus servicios, tal y como veremos a continuación, pero también hemos encontrado, en uno sólo de los documentos consultados, la mención a las hermanas escorialesas y terciarias de Ntra. Sra. Del Carmen como figuras clave para asegurar el buen gobierno de la institución (Alba Pagán, *Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia*, 2006).

En los documentos de constitución de la Casa de 1815 se cita la posibilidad de albergar en la misma a aquellos niños y niñas que se encuentren en situación de mendicidad por las calles de la ciudad, responsabilizándose de su educación hasta la edad en la que puedan aprender un oficio o ser capaces de servir en casas honradas (Constituciones que se mandan observar en la Casa y Hospital de nuestra Señora de la Misericordia, y todos los Santos, de esta ciudad de Valencia, 1815), y se pone énfasis en que la Casa no se dedica a la curación de enfermos, que son llevados al Hospital General de la ciudad, pero sí que cita entre sus objetivos tanto la asistencia de los convalecientes como la asistencia de los “enfermos de accidentes perpetuos” que no son admitidos en el Hospital General; son asistidos en estos casos en la Casa de la Misericordia, donde se les proporciona cama, medicinas, médico y cirujano, pero también se les prestan cuidados básicos, como la alimentación para aquellos inmovilizados; es la única Casa en Valencia y en todo el Reino que acoge a este tipo de pacientes (Biblioteca Valenciana Digital Bivaldi, 1707). En estos documentos de constitución también se hace mención explícita a la figura del médico y del cirujano, ya que, aunque deja claro que el objetivo de la Casa no es la curación de los acogidos, bien es cierto que con tantos acogidos y de tan diversas edades y procedencias, son frecuentes los accidentes y enfermedades leves que no precisan de su asistencia en el Hospital General, por ser su evolución esperada inferior a tres días. Es el Clavario de la Casa, con la aprobación de la junta de Administración, el encargado de nombrar al médico, que recibe doce libras anuales o lo que acuerde con el Clavario, según el número de pobres acogidos, esto le compromete y obliga a realizar dos visitas al día, así como a acudir siempre que sea requerido por los pobres o por cualquier Oficial de la Casa. En uno de los Reglamentos de la Casa consultados se especifica y limita la permanencia de los expósitos en la misma, “hasta que sean prohijados o hasta su mayoría de edad”, pero también especifica que los incurables permanecerán en la casa “sin limitación de tiempo o hasta que haya quien les garantice su debida asistencia” (D.1.6, Desconocido).

Los pobres albergados en la Casa-Hospicio estaban divididos en diferentes departamentos y secciones, permitiendo una clara separación entre hombres y mujeres y entre niños y niñas. Concretamente, las secciones que se mencionan en uno de los Reglamentos consultados son las siguientes (D.1.6, Desconocido):

- 1- Secciones para varones: impedidos, ancianos, adultos, niños, ciegos y mudos.
- 2- Secciones para hembras: impedidas, ancianas, adultas, niñas, ciegas y mudas.

En este mismo Reglamento, cuando llegamos al punto en el que se regula el Personal del Establecimiento, hallamos tres figuras relacionadas con la asistencia y cuidado de los pacientes. En concreto se cita la existencia, entre el personal encargado de la Casa, de:

- Las Hermanas de la Caridad. Se especifica la presencia de 28 Hermanas.
- El dentista: también detalla el Reglamento las funciones de esta figura, especificando entre las mismas el reconocimiento de las bocas de los asilados, así como la realización de todas las operaciones que indique el médico cirujano y todas las que él, como Profesor Dentista, estime oportunas. No hace más mención a la figura ni a la preparación profesional del dentista.
- El médico cirujano: que tiene bajo sus órdenes a todos los asistentes de las enfermerías, y cuyas funciones quedan definidas de la siguiente forma:
 - Reconocer a los pobres en el momento de ingreso en el Hospicio y comunicar a la Dirección la existencia, si la hubiese, de enfermedades infecciosas.
 - Pasar visita diaria a todos los asilados enfermos que lo necesiten, realizando incluso dos visitas al día si lo considera necesario.
 - Prescribir a cada enfermo los medicamentos y régimen de alimentación que considere oportuno.
 - Revisar cada mes a todos los asilados para vigilar la posible aparición de alguna enfermedad contagiosa o sospechosa, así como anomalías en la vacunación, que deberán ser puestas en conocimiento del Director.
 - Vigilar las medidas de higiene y salud, así como notificar prontamente el desarrollo de cualquier epidemia, poniendo en marcha los medios y precauciones necesarias para evitar su propagación.
 - Acudir a la Casa en el momento en el que por cualquier circunstancia se necesite de sus servicios de auxilio.

- Disponer el traslado de los asilados al Hospital General en aquellos casos en los que por su gravedad o por tratarse de una enfermedad contagiosa o sospechosa no puedan ser atendidos en el Hospicio.

El otro de los Reglamentos consultados, de 1833, llega incluso a especificar la alternancia de dos médicos, uno por la mañana y otro por la tarde, la elección de turno por el más antiguo de los dos y la prestación de asistencia de noche el otro (Archivo Diputación de Valencia Caja D.1.6, 1833). Asimismo cita este Reglamento la presencia de un Maestro Sangrador y Barbero, al que se le asignan tanto las funciones de realizar sangrías así como la de cortar la barba a los pobres cada tres días y el pelo a los jóvenes cada tres meses; y la del Cirujano, no mencionando sus funciones concretas.

Del mismo modo, y siguiendo con la búsqueda de todos aquellos datos que nos puedan dar indicios de la forma de prestar los cuidados o de las personas que los llevan a cabo, encontramos en la Memoria de 1884 (D.1.6., 1884) la mención explícita a dos de estas figuras; por un lado, a las Hermanas de la Caridad, que están al servicio del pobre, lo cuidan en sus enfermedades y le proporcionan alimento, vestido y morada; y la del cirujano, cuyo nombramiento se hace para el buen servicio de las enfermerías. De estas enfermerías se resalta la gran importancia que tienen en el Hospicio, dado el alto número de acogidos impedidos que necesitan de asistencia asidua. Es por esto por lo que el cirujano permanece constantemente en la Casa, con el objetivo de brindar asistencia facultativa inmediata a los enfermos mientras se da aviso y llega el médico de visita. Es curioso el comentario que sigue a esta descripción de funciones del cirujano, claramente vinculadas al cuidado enfermero: "Necesitábase un enfermero con algunos conocimientos científicos; se pensó en poner al frente un ministrante y ofrecióse con mejores ventajas la colocación de dicho Cirujano al frente de tan importante dependencia" (D.1.6., 1884).

	REGLAMENTO AÑO DESC	REGLAMENTO 1833	MEMORIA 1884
PERSONAL A CARGO DE LAS ENFERMERÍAS DE LA CASA DE LA MISERICORDIA	- 28 Hermanas de la Caridad - 1 médico cirujano - 1 dentista	- Hermanas de la Caridad - 2 médicos - 1 cirujano - 1 maestro sangrador	- Hermanas de la Caridad - Cirujano

Tabla 12: Reglamentos y Memorias de la Casa de la Misericordia (Archivo de la Diputación de Valencia)

4.B- CASA DE LA BENEFICENCIA

“Ocupa y socorre. Este es el lema de sencilla expresión que ostenta el escudo de esta casa, destinada a piadoso albergue de niños de ambos sexos huérfanos o pobres, y al socorro de ancianos y adultos necesitados” (D.1.7, Memoria referente a la la visita girada a los Establecimientos Benéficos a cargo de la Exma. diputación Provincial, 1889).

El origen de este establecimiento benéfico lo encontramos, tal y como lo describen los textos consultados, en el noble pensamiento de la Real Sociedad económica de Amigos del País, que, dada la precaria situación de la provincia en el año 1775, decide promover la fundación de esta Casa benéfica para socorrer y acoger a los desvalidos que habían quedado sin trabajo dentro de la industria y del comercio en unos momentos sociales difíciles. Por ello, la acción benéfica comienza socorriendo a los ciudadanos que, tras perder su puesto de trabajo, han quedado inmersos en la pobreza e incapaces de proveer su subsistencia, facilitándoles tanto recursos económicos y materiales para subsistir, como proporcionando trabajos de utilidad pública que les permitan mantenerse a sí mismos y a sus familias. Durante estos años llega a albergar hasta 400 indigentes de todas clases, edades y sexo, emplea a los acogidos en diferentes oficios manuales cuyos productos son vendidos y suponen uno de los principales fondos del presupuesto de la Casa, junto con los donativos y limosnas (D.1.5.1, 1942).

La Casa de Beneficencia tal y como se creó, prácticamente desaparece en el año 1820, tras los cambios políticos que afectan al Estado y el fallecimiento de su fundador. Pero posteriormente en el año 1827 se vuelve a apostar por su funcionamiento gracias a la caridad de los valencianos, que la sostiene hasta el 1858, año en el que pasa a depender de la Diputación Provincial. En ella se asilan hasta 250 personas, dando socorro con los trabajos de sus talleres hasta a 600 necesitados (D.1.5.1, 1942). Entre estas dos fechas, 1827 y 1858, y en virtud de la Ley de Beneficencia del 20 de junio de 1849, por la que se clasifican los Establecimientos de caridad, la Casa de Beneficencia, dada la índole de la clase de pobres y enseñanza que se daba a los mismos, pasa a ser clasificada como provincial, y así, la Junta de la Casa que antes rendía cuentas a la Junta municipal de la Ciudad, con esta nueva legislación pasa a tener que rendir cuentas también a la Junta provincial, por lo que durante el periodo de 1852 a 1858 tiene que rendir cuentas a dos autoridades, la civil y la municipal, ya que, aunque el Asilo había sido declarado Establecimiento de la Provincia, todavía no se han constituido las Juntas provinciales (D.1.7, Memoria de la Casa de la Beneficencia, 1892).

Entre los documentos consultados en el Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, centrándonos en la época de estudio y que a continuación referenciaremos, hemos localizado varios de los Reglamentos creados para regular el funcionamiento de la Casa a lo largo del siglo, concretamente los de los años 1870, 1882 y dos de las Memorias de la Casa, de 1889 y 1892. Estos dos tipos de documentos, las memorias y los reglamentos, han constituido nuestra principal fuente de información respecto a los centros asistenciales que hemos visto y vamos a ver. Las memorias son elaboradas por los Directores de los centros, en este caso, por el Director en funciones de la Casa de la Beneficencia, en un intento de recopilar el funcionamiento administrativo y organizativo del centro, mientras que los Reglamentos localizados definen de forma clara y explícita todos los puntos básicos de organización y funcionamiento de estos centros, siendo los mismos aprobados en algunos casos por la Diputación Provincial de Valencia o incluso por el mismo rey gobernante en ese momento.

En el Reglamento de 1870, además de especificar los criterios de inclusión y las diferentes situaciones en las que se da preferencia al acogimiento, como es el caso de los niños y niñas comprendidos entre los 7 y 13 años que por orfandad o incapacidad de sus padres de un adecuado mantenimiento pueden ingresar en la Casa con preferencia, también se especifican las actuaciones ante la aparición de alguna enfermedad. De esta forma se cita: “los pobres albergados en el Establecimiento que se imposibiliten por enfermedades o afecciones incurables, serán trasladados al Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia, previa orden de la Excm. Diputación provincial y acuerdo de los directores de ambos Establecimientos”. Y también en este Reglamento, como en todos los consultados, encontramos un apartado dirigido a la figura de los profesionales encargados de la asistencia de los acogidos en la Casa. En el caso de la figura del Médico-Cirujano se dirige a ella también como “Profesor de Medicina y Cirugía”, y le encomienda las funciones de reconocimiento de los acogidos, tanto al ingreso como de forma periódica a todos los acogidos. La entrada en la Casa no está permitida en aquellos casos en los que en este reconocimiento inicial el médico detecte enfermedades contagiosas o “defectos físicos que los imposibiliten”; y en aquellos casos de los acogidos enfermos, se establece la visita será diaria y siempre que sea requerida. Como en todos los centros asistenciales vistos, se sigue la misma norma respecto a la asistencia de las enfermedades: en el momento en el que aparezca una enfermedad curable que requiera su atención médica, el pobre acogido será trasladado al Hospital provincial, siempre bajo indicación de la figura del médico. Asimismo, están dentro de las funciones de esta figura la revisión periódica de todos los acogidos, la vigilancia epidemiológica necesaria y la inspección de medicamentos, dietas y medidas de higiene y salud necesarias (Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia, 1870).

El Reglamento también recoge la presencia de otras figuras relacionadas con la asistencia de la salud de los acogidos, que están bajos las órdenes del médico-cirujano: el barbero-sangrador y los enfermeros, cuya principal función es llevar a cabo las indicaciones que se precisen en las enfermerías de hombres; y las figuras de las enfermeras y ayudantas, que tendrán las mismas tareas, pero en las enfermerías de las mujeres. También se hace mención a la figura del “profesor dentista”, encargado de la limpieza de las bocas de los pobres y de las operaciones necesarias en las mismas. Mientras que no encontramos definidas las funciones de los enfermeros y enfermeras, sí que se especifican claramente las funciones de la figura del dentista:

- Reconocer la boca de los pobres que ingresan en el establecimiento, que además estarán obligados a acudir una vez a la semana para que sea revisada la correcta higiene y limpieza de la boca
- Realizar la revisión y limpieza de la boca de los demás asilados, de modo que cada dos meses sean todos reconocidos y operados
- Dar cuenta al Director de todas sus actividades, así como la de nombrar un sustituto en sus ausencias (Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia, 1870).

Del mismo modo son definidas las funciones de la figura del Barbero-Sangrador, refiriéndose a él como “el practicante del Facultativo del Establecimiento” y que, además de administrar los medicamentos bajo las órdenes del Facultativo, tiene asignadas las siguientes funciones:

- Afeitar a los pobres los sábados de cada semana, cortarles el pelo todos los meses y hacer las sangrías y aplicaciones de sanguijuelas y demás que orden el Facultativo.
- Enseñar a los pobres que quieran dedicarse a este oficio, enseñándoles la rasura y corte de pelo.
- Presentar diariamente en Conserjería una relación de acogidos que entran y salen de la enfermería, con la dieta que deben llevar.
- Acompañar al Facultativo en la visita de la enfermería de varones, no pudiendo entrar en la de mujeres a no ser que sea preciso realizar una sangría u operación que no pueda desempeñar la enfermera, y siempre lo hará acompañado de la Directora de mujeres.
- El Barbero permanece día y noche en el Establecimiento, y sale sólo con el permiso del Director, dejando siempre designado un sustituto (Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia, 1870)

El Reglamento de 1882 no modifica su contenido respecto al anterior en lo que a normas de funcionamiento se refiere, y tampoco en lo que afecta a las figuras del médico cirujano y el dentista del

establecimiento. Pero en lo que respecta a los profesionales de los cuidados sí que se especifica que “el profesor médico tendrá a sus órdenes al Barbero Sangrador y hermana de la Caridad encargada de las enfermerías, para llenar las indicaciones que se necesiten” (Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia, 1882). En el anterior Reglamento no aparecían citadas con tanta claridad las Hermanas de la Caridad como responsables de los cuidados de los acogidos, junto con la figura del Barbero Sangrador.

Respecto a las Memorias de la Casa, la de 1889 no aporta información relevante respecto a las figuras en ella presentes relacionadas con la asistencia a los asilados. Únicamente encontramos una mención a la existencia en la misma de las Hijas de la Caridad. En la Memoria de 1892 esta mención se hace más específica y se describe cómo en 1873 se inician los trámites, por parte del entonces recién nombrado Director del establecimiento, D. Juan de Dios Montañés, para procurar la venida de las Hijas de la Caridad o Hermanas de San Vicente de Paul, “con el objeto de educar a las niñas en todo lo perteneciente a su sexo y encargarse de los servicios interiores de la Casa”. De manera que en junio de 1873 llegan a la Casa 14 Hijas de la Caridad. Tampoco encontramos en esta Memoria más información relevante que nos aporte datos sobre los profesionales encargados de la asistencia a los acogidos; sólo en el apartado de gastos de la Memoria se citan los gastos destinados a los facultativos, así como a los practicantes, enfermeros y sirvientes, todos ellos citados de forma separada del resto de empleados de la institución. Incluso se especifica que estos gastos destinados a facultativos realmente son una gratificación que se le pagó durante el ejercicio del año a un Profesor Dentista por su asistencia para la limpieza y operaciones necesarias de la boca, ya que el servicio de facultativo de las enfermerías de la Casa lo presta uno de los médicos del cuerpo Provincial de Beneficencia, al cual se le paga su sueldo en el Hospital provincial (D.1.7, Memoria de la Casa de la Beneficencia, 1892).

REGLAMENTO 1870	REGLAMENTO 1882	MEMORIA 1892
<p>-Profesor de Medicina y Cirugía.</p> <p>- Barbero- sangrador o “practicante del facultativo”:</p> <ul style="list-style-type: none"> *administración de medicamentos *afeitar y cortar el pelo *sangrías y sanguijuelas *acompañamiento en la visita *docencia de sus actividades <p>- Profesor Dentista:</p> <ul style="list-style-type: none"> *reconocer la boca de los que ingresan *revisión y limpieza de la boca de los asilados <p>- Enfermeros</p> <p>- Enfermeras</p> <p>-Ayudantas</p>	<p>Se incluye respecto al reglamento anterior a las Hijas de la Caridad como encargadas de las enfermerías.</p>	<p>- 22 Hijas de la Caridad</p> <p>- Practicantes, enfermeros y sirvientes</p> <p>- Facultativos del cuerpo Provincial de Beneficencia</p> <p>- Profesor dentista externo al que se le abonan sus servicios</p>

Tabla 13: Referencias encontradas de los Profesionales encargados de la asistencia a los acogidos en la Casa de la Beneficencia de Valencia. Siglo XIX. Fuente: Archivo de la Diputación de Valencia. Caja D.1.7.

4.C- EL HOSPITAL PROVINCIAL DE VALENCIA

El Hospital General, en el siglo XIX ya Provincial, surge en 1512, destinado a la acogida de “pobres, desamparados e inocentes”, y así se mantiene hasta bien entrado el Siglo XIX, constituyendo el principal establecimiento benéfico de la ciudad. Pero realmente debemos retroceder hasta el siglo XV, hasta el año 1410, para encontrar el verdadero origen del Hospital, cuyo exclusivo objetivo es el de albergar a los enajenados, “folls” o “inocentes”, pero que poco a poco va ampliando su actividad a la acogida de niños abandonados o expósitos y por último a la admisión de todo tipo de enfermos, ya que a él son agregados, mediante acuerdo del Consejo de la ciudad, aprobado por el Pontífice León X, en bula de 21 de junio de 1514, los Hospitales particulares denominados de la Reina, Bernardo Enclapes, Magdalenas y San Lorenzo, que han sido establecidos en Valencia a raíz de su conquista por el Rey D. Jaime I de Aragón. Su cambio de denominación de General a Provincial es

una más de las consecuencias de la publicación de la Ley de Beneficencia de 1849. Tras la publicación de la misma y la clasificación que en ella se hace de los establecimientos de la beneficencia, el hospital pasa de llamarse Hospital General a llamarse Hospital Provincial de Valencia (Dictamen de la Secretaría relativa a si es, o no, de aplicación al Hospital Provincial de Valencia el Decreto de 27 de enero de 1941, 1941).

Pero la citada Ley de Beneficencia de 1849 no sólo tiene sobre el Hospital la consecuencia de su cambio de denominación, de General a Provincial, sino que también provoca efectos sobre la definición de sus funciones y su administración. Respecto a sus funciones, el Hospital se ve forzado a la atención de pacientes que en teoría, según la nueva clasificación de la Ley de 1849, deberían ser asumidos por un hospital general: La Ley General de Beneficencia clasifica los establecimientos de beneficencia en generales, provinciales y municipales. Los generales tienen encomendada la misión de asistir las incapacidades permanentes o aquellas que requiriesen una especial atención (locos, sordomudos, ciegos...). Sin embargo, el escaso desarrollo de este ramo de la beneficencia, que debe ser competencia del Estado, supone un importante foco de conflictos para los hospitales de locos, como es el caso del de Valencia. Al no asumir el Estado en primer lugar el sostenimiento de la sección de dementes del Hospital y más tarde del Manicomio de Jesús, con las necesarias mejoras y ampliaciones que reclamaban sus deficientes instalaciones, la Diputación de Valencia debe asumir este servicio como de carácter provincial. Respecto a los cambios en la financiación, la Ley de 1849 también significa importantes cambios en la financiación y administración del Hospital General, ya que hasta ese momento ha tenido un marcado carácter local, con una importante contribución tanto de la Iglesia local como del Ayuntamiento de la ciudad, rentas ambas que desaparecen cuando el Hospital es clasificado como provincial (Barona Vilar C. , 2006).

Por su parte, el Reglamento de 1852 que desarrolla la citada Ley de 1849, al establecer que en cada capital de provincia debe existir al menos un hospital de enfermos, una casa de misericordia, una de huérfanos y desamparados y otra de maternidad y expósitos, de carácter provincial, propicia que el Hospital General de Valencia pase a depender de la Junta Provincial de Beneficencia, asumiendo la institución responsabilidades asistenciales para el ámbito de toda la provincia, lo que favorece un centralismo absoluto de la organización benéfico-asistencial en torno a la capital (Barona Vilar C. , 2006)

Los textos lo describen como un edificio robusto, bien construido, ventilado, espacioso y rodeado de jardines. Con seguridad estas características han permitido que aún hoy en día siga en funcionamiento, con todas las remodelaciones necesarias, pero mostrando esa robustez que ya presentaba en siglos pasados.

Desde sus orígenes ha estado formado por diferentes edificios destinados a la atención de grupos de población con necesidades muy diferentes, que lógicamente requieren de una organización y una infraestructura muy distinta. El Hospital estaba formado por la zona de sanatorio como tal; la casa de locos o manicomio; la casa-cuna, casa de expósitos o inclusa; y un departamento o asilo de parturientas conocidas como “ocultas”. Como es fácil de entender, esta variedad de población asistida supone un gran volumen de pacientes, y, aunque el número de enfermos y asistidos varía, las cifras normales están en torno a los 1.000 ingresos por año, de todas las edades y ambos sexos.

De hecho, en todos los textos consultados se resalta el gran volumen de pacientes a los que se da asilo y asistencia en el Hospital. Más concretamente, Pesset facilita los datos estadísticos del año 186,1 que nos pueden ayudar a hacernos una idea del volumen del que estamos hablando: trescientos cuarenta enfermos, cuatrocientos enajenados, cuatrocientos siete espositos y diez parturientas, todos ellos atendidos por nueve sacerdotes, nueve médicos, dos supernumerarios, un farmacéutico, cinco practicantes de cirugía, cincuenta hermanas de la Caridad y gran número de asistentes. Este gran volumen de asistidos parece que supera con creces la capacidad de acogida del Hospital, lo que provoca situaciones de aglomeración y hacinamiento de mujeres, hombres y niños, que con facilidad se transmiten enfermedades entre ellos diferentes a las que les han llevado hasta el Hospital, lo que además favorece aún más el rechazo de la población a asistir al mismo. Pero no sólo es este aspecto el que afecta a la calidad de la atención prestada, sino que también se enfrenta a un insuficiente número de facultativos para la atención del manicomio y una ausencia total de los mismos en la inclusa y el asilo de parturientas. Es en este punto en el que encontramos una de las primeras menciones de los textos revisado a las figuras responsables del cuidado de los asistidos en el Hospital y de muchas otras funciones de organización y administración del centro, llevadas a cabo por las Hijas de la Caridad de San Vicente Paul, las cuales “por su bondad, limpieza, esmero con que cuidan a los enfermos y la resignación con que sufren las incomodidades de todos los cometidos en virtud de su disciplina religiosa, son preferibles sin género de duda a cuantos asistentes pudieran sustituirlas”. No queremos dejar pasar la reflexión que hace Pesset sobre la importancia de la asistencia recibida por los enfermos y en la que vemos una sensibilidad especial y una visión más enfocada hacia un modelo integral de asistencia que hacia el biosanitario imperante en la época. Pesset hace hincapié en la importancia de todos los aspectos que rodean a la asistencia médica exclusiva, sin los cuales el hospital sería un simple albergue de pobres enfermos. Estos aspectos a los que hace referencia incluyen tanto la esfera biológica, con las necesidades de cuidado, alivio, atención y aseo, como la esfera psicológica, con la asistencia espiritual y consuelo de los enfermos. Aspectos todos ellos que son llevados a cabo de forma conjunta “por los facultativos, los sacerdotes, los practicantes y enfermeros, las Hijas de San Vicente Paul y los hermanos

de las filantrópicas cofradías y en general todos los empleados del establecimiento” (Pesset y Vidal, Topografía médica de Valencia y su zona, 1879). No sólo aprovechamos la reflexión de Pesset, sino que aprovechamos sus palabras para dejar constancia de la relación que hace de los profesionales que en la época estudiada se encargan de la asistencia y cuidado de los pacientes del Hospital General de Valencia.

Tal y como hemos comentado, dados sus objetivos asistenciales tan diferentes, los tres departamentos que lo componen están claramente diferenciados físicamente, ocupando las enfermerías tres naves, con grandes ventanas que permiten a los pacientes tener abundante luz y espacios aireados.

A continuación, vamos a adentrarnos con algo más de detalle en cada uno de los componentes asistenciales del Hospital Provincial del siglo XIX.

La Inclusa, Casa de expósitos o Casa-cuna

Se halla situada en el piso alto del ala izquierda, con espaciosos dormitorios y salas para las amas de cría. La Casa-cuna es una de las primeras utilidades a las que se dedica la antigua casa dels follis, y ocupa por ello un espacio extenso en la parta alta del edificio, con mucha luz, sol y ventilación. Para poder hacernos una idea, en la Estadística moral del año 1860 había en la inclusa un total de 512 niños. Pesset hace mención a la alta mortalidad existente en las instalaciones, mortalidad que asciende algunos años al 40’19 %, cifra que hace pensar sobre la calidad de la asistencia prestada y de las condiciones del establecimiento benéfico. El objetivo de la inclusa es la crianza de los niños expósitos de la provincia hasta los siete años de edad que fueran ilegítimos o huérfanos de ambos padres o de uno de ellos, y cuyos progenitores no dispongan de recursos para su crianza. También pueden ser asistidos en el establecimiento los menores de siete años que tengan a alguno de sus padres ingresados en el Hospital, durante el tiempo que dure su enfermedad, para evitar mientras tanto el abandono del niño. Los Reglamentos dejan claro el procedimiento de registro de los expósitos, mediante el cual, en el momento del ingreso, si el expósito está acompañado, debe constatarse si éste ha sido bautizado e inscrito en el registro civil, en cuyo caso se exige la documentación que lo haga constar. Tras registrar los datos de filiación del nuevo ingreso, la hija de caridad encargada le cuelga al cuello un plomo acuñado que indica el año y número que se asignaba para su identificación. Seguidamente se le instala en la sala de prevención para ser sometido a un reconocimiento médico previo a su traslado a la sección correspondiente según su edad (Barona Vilar C. , 2006).

Encontramos un Reglamento específico de la Inclusa del año 1897 (Desconocido, 1897). En él se describen detalladamente todos los procedimientos que se siguen a la hora de acoger un expósito, sus condiciones y sus cuidados, así como el registro de todos sus datos y el posterior paso a la edad de siete años, a la Casa Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia. Y del mismo modo que hemos visto y que seguiremos viendo a lo largo del documento, son las Hijas de la Caridad las responsables de cuidar y vigilar a los expósitos de la Inclusa, prestándoles todos los cuidados necesarios: “la Hija de la Caridad encargada de la Inclusa reconocerá diariamente todos y cada uno de los niños existentes en el departamento. Si por su aspecto o por noticias que le suministrasen las Hijas de la Caridad encargadas de su asistencia y cuidado, considerase necesario u oportuno someterles al reconocimiento facultativo, dispondría que se practique desde luego, bien sea por el profesor de la Inclusa o por el que se halle de guardia en las enfermerías generales”

Asilo de parturientas u ocultas

En la misma casa en la que son atendidos los expósitos se encuentra ubicado el “Asilo de parturientas”, en el que se da asistencia bajo el nombre de “Ocultas” a las mujeres que se hallan en estado de gestación y sin recursos, asistiéndolas en el parto y en el periodo inmediato. Esta asistencia también es desarrollada por otra institución en Valencia: La Hermandad de Nuestra Señora del Santo Celo.

El funcionamiento de esta parte del hospital es desarrollado también en los Reglamentos del mismo. Concretamente, el Reglamento de 1850 especifica la imposibilidad de acceder al mismo a ninguna persona, excepto a “una Hija de Caridad encargada de la economía interior, un médico, cirujano, comadrón y el capellán director de espositos, cuando sean llamados por sus respectivos ministerios”. Estos están obligados a mantener en secreto la permanencia en el Asilo de cualquier oculta, sea de la condición que sea (Reglamento General de todas la Dependencias y Departamentos del Hospital Civil de la Provincia de Valencia, 1850).

La Casa de locos o Manicomio de Valencia

La segunda edificación que compone este establecimiento, la “Casa de locos o manicomio de Valencia” puede vanagloriarse de ser la primera fundada en todo el mundo para tal fin, en el año 1409. Es esta Casa de locos el verdadero origen de todos los demás pabellones que componen el Hospital y que pervive cuatro siglos después de su creación. El número de acogidos en él ha rondado siempre el número de seiscientos, cifrando la Estadística moral del Anuario de 1865, la existencia de 517 enajenados, cifra que disminuye progresivamente

hasta 438 en diciembre de 1875, 280 hombres y 158 mujeres. Esta disminución de acogidos se produce por la negación de la Diputación provincial a acoger enajenados de provincias próximas, como se ha realizado hasta el momento; esa negación está motivada por el impago de los gastos económicos que se habían acordado aportar por la asistencia de estos pacientes, lo que dificulta aún más la precaria situación económica del centro (Pesset y Vidal, *Topografía médica de Valencia y su zona*, 1879).

Ya en el siglo XIX la antigüedad del edificio y sus necesidades de ampliación y modernización plantean la conveniencia de una remodelación o reconstrucción del edificio que alberga la Casa de locos desde su fundación. Se barajan muchas posibilidades, que pasan por grandes edificaciones, imposibles de llevar a cabo, por traslados a magníficos edificios, como era el ex-convento de monjes jerónimos de San Miguel de los Reyes, proyectos todos ellos fracasados por la escasez de fondos con los que se cuenta en ese momento. El desenlace es el traslado al edificio del ex-convento de Jesús que, tras algunas remodelaciones básicas, en 1865 pasa a habilitarse para acoger a la hasta ahora Casa de locos ubicada en el Hospital General. Aquí pasan a ser atendidos la gran mayoría de los dementes, quedando muy pocos en el Hospital provincial ya que en él realizan servicios de apoyo. Todos estos dementes son atendidos por seis Hijas de la Caridad y cinco ayudantes, si bien no se encuentran en un primer momento una descripción exacta de las características de estos ayudantes (Pesset y Vidal, *Topografía médica de Valencia y su zona*, 1879).

Son tres los Reglamentos localizados en el Archivo de la Diputación de Valencia que tratan exclusivamente la regulación del Manicomio o Asilo de Dementes del Hospital Provincial: los reglamentos de 1845, 1864 y 1884. En ellos se regula tanto el funcionamiento del establecimiento, en el área administrativa, logística y asistencial, así como su relación con el resto del hospital. Nos vamos a centrar en los apartados de estos reglamentos en los que se trata el tema de los profesionales que deben estar al cuidado de la faceta sanitaria de los asilados. En un intento de ver la evolución de las figuras que aparecen a lo largo del siglo, hemos realizado una tabla resumen en la que aparecen las similitudes y diferencias entre estos reglamentos y que nos permiten en cierto modo ver la evolución en la organización y la asistencia prestada y, sobre todo, ver los cambios respecto a los profesionales encargados del cuidado. En esta tabla se han incluido los Reglamentos de 1845 y de 1884, ya que en ellos se profundiza en la descripción de los profesionales al cargo de los dementes, mientras que el Reglamento de 1864 se centra casi exclusivamente en la figura de los Ayudantes, sus funciones y su dependencia.

Vamos a ver cómo estos cambios no son sustanciosos en esta faceta, ya que observamos cómo la figura del practicante está presente desde el primer Reglamento hasta el último, y sus competencias se amplían en cierto modo de uno a otro Reglamento:

- En el Reglamento de 1845 el practicante única y exclusivamente se centra en la administración de medicación tópica prescrita por el cirujano, mientras que en 1884 el practicante no ve limitada esta función de administración a la medicación exclusivamente tópica, o por lo menos no es especificado este aspecto, e incluso es el encargado de la preparación de las medicaciones más habitualmente administradas en el Asilo.

- La otra diferencia respecto a las competencias que podemos observar entre estos reglamentos es la función de acompañamiento en la visita facultativa y anotación en la libreta: en el Reglamento de 1845 estas funciones son asumidas por la figura del cirujano. Figura que no aparece en el reglamento de 1884 y cuyas funciones en este aspecto son asumidas por el practicante del Asilo.

- Y la última diferencia que observamos y que supone también una ampliación de funciones es la responsabilidad que se le otorga a la figura del practicante con la custodia y cuidado de los instrumentos quirúrgicos y aparatos de curación presentes en el Asilo.

En los tres Reglamentos encontramos una figura que encabeza todo el personal relacionado con la asistencia a los enajenados, que es el Director Facultativo, del que dependen todas las demás figuras que citaremos, desde el conserje hasta las Hijas de la Caridad, las cuales tienen una función exclusivamente relacionada con el servicio económico, de aseo y de limpieza del Hospital.

También encontramos figuras que aparecen en los Reglamentos y que, pese a que reciben diferente denominación, la descripción de sus funciones y estatus nos hace pensar que son las mismas: mientras que en Reglamento de 1845 se habla de celadores, vigilantes y serviciales de 1ª y 2ª clase, en los otros dos Reglamentos se introduce la figura de los Ayudantes, presentes en todos los departamentos y siempre con un rango inferior a todos los demás empleados del Hospital. Por el contexto en el que se emplea el término todo indica que se refiere a los profesionales auxiliares que ayudan a las Hijas de la Caridad en el cuidado de los asistidos, en las acciones de sujeción y encierro de los enajenados. En el Reglamento de 1884 son efectivamente definidos así: “Los ayudantes son los empleados que se hallan al inmediato servicio y cuidado de los enajenados; vienen obligados a dar el debido cumplimiento a cuanto dispongan los Facultativos y el Mayordomo, estando siempre bajo la vigilancia de este último y de las Hijas de la Caridad, en cuanto se refiera a la limpieza y aseo del Establecimiento. Los ayudantes son los responsables de cuanto ocurra a los dementes destinados a su respectiva

sección: “...cuidarán, cada uno en su sección del aseo, limpieza, etc, de los individuos que les están confinados...”. (Reglamento para el manicomio. Hospital Provincial de Valencia, 1884)

Como hemos comentado, no hace mención a la palabra enfermeros, pero si echamos la vista atrás en los Reglamentos hasta ahora vistos, estas funciones son similares a las asignadas a los enfermeros durante este siglo y en este mismo Hospital, reducidas en su mayoría a aspectos técnicos y de limpieza, con inferioridad jerárquica respecto a los facultativos, los practicantes y las Hijas de la Caridad. Un aspecto que llama la atención además es que sí que se nombra en estas funciones de los ayudantes, la faceta del cuidado de los asistidos, lo que refuerza la idea de que posiblemente estemos hablando de los que hasta este momento se han citado como enfermeros en Reglamentos anteriores.

Sí que se especifica también la dependía de las Hijas de la Caridad de los facultativos, en lo que haga referencia a las prescripciones médicas, por lo que entendemos que son ellas las responsables de las mismas en dependencia directa de los facultativos y por encima jerárquicamente de los practicantes, como hasta ahora venía siendo.

	REGLAMENTO 1845	REGLAMENTO 1884
DIRECTOR FACULTATIVO	Profesor de la Facultad de Medicina y Cirugía. Responsable de todo lo concerniente a la parte higiénica y terapéutica	En este Reglamento se incluyen funciones de docencia del Director Facultativo hacia el resto de profesionales del Asilo
MEDICO 2º	NO APARECE LA FIGURA	Subdirector facultativo
CIRUJANO	Acompañará a la figura del Director Facultativo en la visita llevando la libreta. Verificará la curación de los asilados con enfermedades de cirugía.	No se nombra esta figura en este Reglamento. A la visita del Director Facultativo le acompañarán el subdirector, el practicante, el mayordomo y los ayudantes necesarios
CONSERJE	Jefe inmediato de los otros empleados: celadores, vigilantes y serviciales. Custodia de los enajenados. Responsable de la limpieza y organización del Asilo.	NO APARECE LA FIGURA
CELADORES O VIGILANTES	Organización de las funciones de los serviciales	NO APARECE LA FIGURA
SERVICIALES 1ª Y 2ª CLASE	Tareas de limpieza y “todo lo que se les ordene”	NO APARECE LA FIGURA
MAYORDOMO	NO APARECE LA FIGURA	Empleado superior del ramo administrativo y jefe inmediato de todos los ayudantes. Todos los objetos del Manicomio, excepto las ropas, están bajo su cuidado.
AYUDANTES	NO APARECE LA FIGURA	Son los empleados que se hallan al inmediato servicio y cuidado de los enajenados. Están bajo las órdenes de los facultativos, el mayordomo y las Hijas de la Caridad (en aseo y limpieza). Cuidarán a los dementes confiados a su vigilancia: aseo, limpieza...
MEDICOS VOLANTES	Repartir medicación interna	NO APARECE LA FIGURA
CIRUJANOS DE CURACIÓN	Dar la medicación prescrita por el profesor	NO APARECE LA FIGURA
PRACTICANTES PRACTICANTE MAYOR	-Responsable de hacer las sangrías y curación de aquellas afecciones quirúrgicas pequeñas que no precisen el traslado a las enfermerías del Hospital (cauterizaciones, incisiones...) -Repartir medicación tópica prescrita por el cirujano.	-Encargado de llevar a efecto las prescripciones farmacológicas que los facultativos indiquen y verificar las operaciones de cirugía menor dispuestas por aquellos. -Acompañar en la visita anotando en la libreta todas las prescripciones. -Encargado de repartir los medicamentos y de preparar los medicamentos más usuales. Responsable de la custodia y cuidado de los instrumentos quirúrgicos y aparatos de curación.
MADRE DE ENAJENADOS	Cuidar del buen orden y prevenir las novedades que puedan ocurrir, y evitar que se dañen unas a otras.	NO APARECE LA FIGURA
HIJAS DE LA CARIDAD	A cargo de los objetos de mueblaje, ropa blanca, vestidos, comestibles y provisiones	-Encargadas de todo el servicio económico referente a las enajenadas y del aseo y limpieza del departamento de hombres. -Cuidado de la ropa y reparto de comida. -La Directora de las Hijas de la Caridad ejerce en el departamento de mujeres las mismas atribuciones que el mayordomo en el de hombres.

TABLA 14: Reglamentos del Manicomio del Hospital Provincial de Valencia. 1845 y 1884. Archivo de la Diputación de Valencia. Caja D.2.4.1

Hospital de asistencia a enfermos

Respecto al funcionamiento del Hospital como tal, en los archivos consultados han sido varios los manuscritos de Reglamentos de funcionamiento del Hospital Provincial que hemos encontrado, así como también numerosos los artículos sobre el mismo en el que se abordan las diferentes funciones de los profesionales que en él trabajaban.

El primer Reglamento que hallamos en el Archivo de la Diputación es el Reglamento de 1850 (Reglamento General de todas la Dependencias y Departamentos del Hospital Civil de la Provincia de Valencia, 1850). En él se regula tanto la organización y funcionamiento básico del Hospital, como asuntos concretos relacionados con las enfermerías, aspecto en el que nos centraremos. Se establece tanto la regularidad de las visitas de los enfermos ingresados en el Hospital, que serán realizadas de forma diaria por los Facultativos o Profesores, como los horarios y su organización: en estas visitas el profesor irá acompañado de una Hija de la Caridad, un practicante y un enfermero. También se especifican los horarios de comidas y necesidades las mismas, así como labores de limpieza de las instalaciones y aseo de los enfermos.

Se reglamenta la presencia de cinco practicantes; el primero y más antiguo tendrá el cargo de aparatista, mientras los otros cuatro son destinados a las respectivas visitas. Las funciones de los mismos son detalladas en este Reglamento y se verán ampliadas en los posteriores:

- “Las obligaciones del aparatista son arreglar los aparatos de curación; pedir lo perteneciente a tópicos y vendajes bajo recibo; asistir a la curación que le corresponda; alternar en las guardias; hacer las autopsias médico-legales y llevar el libro de casos jurídicos.
- “Los practicantes de visita tendrán la obligación de asistir a la cura y visita que a cada uno se le designe; llevar el recetario; sacar las notas después de la visita; aplicar los tópicos de su sección; hacer las sangrías de la misma; hacer el turno de guardia, siendo obligación del que está de guardia practicar las sangrías de los demás departamentos; remitir inmediatamente una nota a la botica de los medicamentos y otra del número de raciones, medias raciones, dietas vegetales y animales, raciones de vino, chocolate, leche y gallina, cuya nota remitirá a la Contaduría. Asistirá al repartimiento de medicinas de su sección, llevando el recetario o la libreta de botica, y advirtiéndolo a los enfermos el modo y horas en que han de usar el medicamento. El practicante a quien corresponda el turno de guardia no podrá salir del Hospital hasta

que sea relevado” (Reglamento General de todas la Dependencias y Departamentos del Hospital Civil de la Provincia de Valencia, 1850).

También dedica el reglamento apartados específicos para la regulación de la asistencia a los enajenados y expósitos acogidos en el Hospital, desde sus condiciones de ingreso hasta los trámites de bautismo y el detalle escrupuloso de las diferentes actividades de las nodrizas a lo largo del día. En estos apartados no se hace mención a la presencia de personal asistencial, pero si a la de las Hijas de la Caridad, responsables de la organización y funcionamiento de los servicios (Reglamento General de todas la Dependencias y Departamentos del Hospital Civil de la Provincia de Valencia, 1850).

En el Reglamento de Enfermerías del Hospital de 1857 encontramos citadas las figuras relacionadas con la asistencia a los enfermos que volveremos a encontrar en los documentos posteriores, pero no hace mención explícita a las diferentes funciones de cada uno de ellos, por lo menos no como lo hacen los Reglamentos posteriores. Estas figuras son las mismas que las del reglamento de 1850: los facultativos, las Hermanas de la Caridad, los enfermeros y los practicantes (Reglamento de Enfermerías del Hospital Provincial, 1857)

En 1858 no localizamos ningún Reglamento en el Archivo de la Diputación, pero en los textos consultados sí que encontramos la citación por parte de la Dra. Amparo Nogales de un documento manuscrito de un acta del Hospital del 24 de noviembre de ese año, en la que queda constancia de la división de funciones de cada uno de los participantes en la atención y cuidado de los asistidos: los enfermeros/as tienen como principales funciones las relacionadas con el cuidado del material, la limpieza y el aseo de los enfermos; se limitan sus funciones a la atención de las necesidades básicas del enfermo, y siempre bajo la vigilancia y mandato de las Hermanas de la Caridad. Se observa una jerarquía entre los profesionales encargados del cuidado de los enfermos: el primer lugar lo ocupan las Hijas de la Caridad; en segundo lugar, encontramos a los practicantes, que realizan parte de los trabajos de la asistencia a los enfermos; y en tercer y último lugar se encuentran las enfermeras, cuyas funciones queda, como ya hemos dicho, prácticamente relegadas a las funciones de aseo y limpieza. (Nogales Espert A. , Los caminos de la enfermería. S XIX-S XXI, Desconocido).

Y lo mismo nos ocurre con el documento manuscrito de 1880 en el que se vuelven a tratar las competencias de los diferentes trabajadores del hospital. En este caso se centra en las competencias asignadas a los practicantes, que como veremos son casi exclusivamente técnicas, sin hacer alusión a las de los enfermeros. Los practicantes tienen entre sus funciones (Nogales Espert A. , Los caminos de la enfermería. S XIX-S XXI, Desconocido):

- El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.
- Auxiliar a los profesores médicos en las operaciones.
- Practicar las curas que se les confíen.
- Llevar al día los recetarios.
- Asistir a las autopsias y tomar las notas que los facultativos dictan durante las mismas.

Diecisiete años más tarde, en 1897, vuelve a publicarse un nuevo “Reglamento de Enfermerías del Hospital Provincial de Valencia” (Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial, 1897). A través de él podemos observar cómo, de nuevo, la faceta de los cuidados de los enfermos es desempeñada, además de por los practicantes, por las Hijas de la Caridad, que tienen la mayor carga de responsabilidad del cuidado de los enfermos de la sala. Y también aparece la figura de los enfermeros, que son descritos como verdaderos “sirvientes” de los enfermos, trabajando siempre bajo la estricta supervisión y dirección de las Hijas de la Caridad. Estamos hablando de un hospital grande, tal y como ya hemos visto, lo que conlleva una importante necesidad de dotación de personal para la asistencia de los enfermos. Concretamente en 1873 el Hospital cuenta con las siguientes personas encargadas del cuidado y asistencia a los enfermos ingresados: 45 Hijas de la Caridad, 11 practicantes, 10 enfermeros, 4 enfermeras, 15 ayudantes de enfermos dementes, 1 aparatista y 2 barberos (Nogales Espert A. , Evolución histórica del método enfermero, 2003).

En este Reglamento se hace una exhaustiva definición de las funciones de las Hijas de la Caridad, que son en todo momento citadas como incluso “cabezas de sala” y cuyas funciones tienen una gran semejanza con las que competencias que más tarde, con el desarrollo de la profesión tal y como hoy la conocemos, se asignan a las profesionales enfermeras de los hospitales:

- Acompañar a los facultativos durante su visita y seguir sus indicaciones.
- Ayudar a los enfermos en las tomas de medicinas.
- Cuidar de que el servicio doméstico se cumpla esmerada y puntualmente, así como el tratamiento y el régimen alimenticio de los enfermos.
- Animar y consolar a los enfermos en sus padecimientos, especialmente en los momentos de crisis y en las curaciones y operaciones que tuviesen que sufrir.
- Atender a que la limpieza de las enfermerías se haga puntualmente, así como la de los enfermos, camas, ropas y resto de útiles de comida o mobiliario.

- Cuidar del buen orden de las enfermerías, evitando y corrigiendo cualquier hecho que tienda a alterarlas, ya sea por parte de los enfermos, ya sea por parte de los que asisten.
- Al frente de cada sala habrá una Hija de la Caridad.
- La Hija de la Caridad oirá y trasladará a quien proceda las reclamaciones de los enfermos y recibirá directamente de los facultativos las ordenes y recomendaciones que dicten.
- También llevará un inventario detallado de las ropas y efectos.

También se relacionan en este Reglamento de 1897 las funciones de los enfermeros, en las cuales se refleja la visión de personal de servicio que ya hemos citado, puesto que se dedican mayoritariamente a funciones de servicio doméstico de las enfermerías, siempre bajo la dirección, inspección y vigilancia de las Hijas de la Caridad y de los Facultativos. Funciones la mayoría de ellas dentro del campo que hoy en día se asigna a las auxiliares, celadores y personal de la limpieza:

- Llevar los aparatos de las curas propias de cada sala a la misma.
- Recoger los vendajes y residuos de las curas
- Ayudar como mozos en los servicios mecánicos de las operaciones quirúrgicas, siempre bajo el mandato de los Facultativo.
- Repartir los alimentos y dietas bajo la inmediata supervisión de las Hijas de la Caridad.
- Ayudar a mover a los enfermos imposibilitados.
- Darles los vasos para sus funciones naturales y sostenerles cuando su debilidad lo exija.
- Prepararles las aguas para los baños locales.
- Hacer las camas, limpiar y asear a los enfermos y auxiliarlos en todo cuanto las Hijas de la Caridad o los Facultativos ordenen.
- Hacer limpieza de las salas y cuidar esmeradamente de su aseo, cumpliendo las órdenes de las Hermanas de la Caridad.
- Fregar la vajilla de uso de los enfermos.
- Traer y llevar a los almacenes correspondientes las ropas, efectos y mobiliario, acompañados de una Hija de la Caridad.
- Conducir y llevar a los enfermos, tras su ingreso en el establecimiento, al lugar que hayan de ocupar, o trasladarles a otras salas o departamentos a las que se les destinen.
- Conducir los cadáveres de los enfermos fallecidos al depósito o al lugar donde vayan a practicarse las autopsias.

- Ayudar a quien corresponda en el trabajo de barrido y limpieza general del establecimiento.
- Los enfermeros amortajarán todos los cadáveres de los enfermos o enfermas que fallezcan en el hospital.

Amparo Nogales habla de retroceso en el protagonismo y evolución de las enfermeras, y es que en este mismo hospital del que estamos hablando, en el siglo XVII, el enfermero y la enfermera eran llamados “pare” y “mare”, y eran los responsables de las salas y de los materiales en ellas existentes. Este escenario es totalmente diferente al que encontramos en pleno siglo XIX (Nogales Espert A. , Los caminos de la enfermería. S XIX-S XXI, Desconocido).

Este Reglamento no deja sin definir de nuevo las competencias y funciones de los practicantes, a los que se les mantienen actividades de un carácter más técnico, relacionado con el aparataje y el material, lo que induce incluso a crear la figura del “aparataista”. Se cuenta en ese momento con catorce practicantes destinados al servicio de las enfermerías: ocho de primera clase y seis de segunda, dos de los cuales se asignarán al servicio especial de aparatistas.

Las funciones de los practicantes aparatistas quedan también perfectamente definidas en el Reglamento, y son muy parecidas a las citadas en Reglamentos anteriores, pero ampliando su descripción:

- Al aparatista primero corresponde:
 1. Guardar y conservar en su estado natural, bajo su responsabilidad, las colecciones de instrumentos, máquinas y aparatos de curación que el Establecimiento posea para uso de los enfermos, debiendo asistir a las operaciones que su importancia lo requieran y a las que exijan los Facultativos del Hospital.
 2. Tener convenientemente dispuesto un completo surtido de férulas, fanones, charpas, vendajes preparados, compresas y cuanto sea necesario para las exigencias ordinarias del servicio.
 3. Cuidar de que estén dispuestos de inmediato servicio los aparatos de curación de cada sala.
 4. Llevar con exactitud un registro de todos los aparatos quirúrgicos y objetos de curación que tiene a su cargo.
 5. Reclamar de la Dirección los instrumentos de apósitos u otros efectos del material que tiene a su cargo, que daban reponerse o rehabilitarse.

6. Para justificar las altas y bajas del registro a que se refiere la disposición anterior, deberá entregar los aparatos e instrumentos que requiera el servicio de las enfermerías, al Practicante de la sección en donde hayan de utilizarse, previo el oportuno recibo.
7. Bajo su más estricta responsabilidad no permitirá que se saque del Establecimiento, ni se emplee en enfermos extraños al mismo, objeto alguno de los que custodie, sin orden escrita de la Dirección.
8. Ejercer sobre los Practicantes de las enfermerías la debida inspección y vigilancia, aleccionándoles en la práctica de su cometido.

- Al aparatista segundo le corresponde sustituir al primero en sus ausencias o enfermedades y auxiliar a éste en los diversos servicios que le estén encomendados, en la forma que determine la Inspección facultativa.

Las funciones de los practicantes de visita se definen de la siguiente manera:

- Acompañar a los respectivos Profesores en las visitas de las salas, llevando el material necesario para las curas y los instrumentos de exploración de uso más común.
- Practicar las curaciones y sangrías, aplicar las sanguijuelas y tópicos oportunos, indicados por los Facultativos.
- Auxiliar a los médicos en las operaciones.
- Rellenar los recetarios, sacar de las Boticas las medicinas prescritas en ellos y reparto de las mismas.
- Asistir a las autopsias y tomar notas.
- Practicar las curaciones de los enfermos necesarias entre las visitas.
- Administrar las medicaciones que exijan gran precisión en la dosis.

Además de los Reglamentos propios del Hospital Provincial que acabamos de ver, también encontramos Reglamentos específicos para las diferentes secciones que lo componen. En el Reglamento del año 1850 ya encontramos partes del mismo dedicadas específicamente a la regulación del funcionamiento y asistencia a los enajenados y de la Inclusa, pero en ellos no se hacía mención a las funciones ni profesionales para la asistencia sanitaria de los mismos. Sí que se hacía mención a la presencia en caso de ser necesaria la misma, en el Asilo de ocultas o maternidad del médico, del cirujano, del comadrón y de la Hija de Caridad. Pero en el año 1884

encontramos un Reglamento específico para el Manicomio del Hospital Provincial de Valencia (Reglamento para el manicomio. Hospital Provincial de Valencia, 1884).

REGLAMENTO 1850 / 1857	MANUSCRITO 1858	REGLAMENTO 1880 / 1897
Facultativos o profesores	Facultativos o profesores	Facultativos o profesores
Hijas de la Caridad	Hijas de la Caridad: máximas responsables del cuidado de los asistidos	Hijas de la Caridad: Siguen siendo la figura de máxima responsabilidad en el cuidado de los enfermos
Practicante -aparatista -de visita	Asistencia a los enfermos, bajo las órdenes de los dos anteriores: -cumplimiento prescripciones terapéuticas -auxiliar a los profesionales médicos en las operaciones -llevar al día los recetarios -asistir a las autopsias y tomar notas	Practicantes: -aparatista -de visita
Enfermeros	Enfermeros: al cuidado del material y de la limpieza y aseo de los enfermos. Bajo las órdenes de las Hijas de la Caridad	Enfermeros y enfermeras: Sirvientes de los enfermos bajo la estricta supervisión de las Hijas de la Caridad

TABLA 15: Figuras relacionadas con el cuidado de los pacientes en los diferentes Reglamentos y manuscritos del Hospital General de Valencia

Hay otra faceta del Hospital de Valencia que lo hace interesante para nuestro tema de estudio y es su faceta docente, de la que trataremos en el próximo capítulo. En el Hospital de Valencia se hallan instaladas las clínicas de la Universidad para la formación práctica de los estudiantes de medicina. Se trata de un hospital amplio, con aproximadamente unos mil doscientos asistidos, con gran tipología de pacientes y variedad de situaciones, desde los expósitos hasta las parturientas, que lo hacen idóneo para la docencia práctica de los futuros profesionales sanitarios. Las Salas del Hospital, por los motivos que acabamos de citar, eran perfectas para los fines docentes de los profesores de la Facultad de Medicina, por lo que los locales de la misma se

hallaron dispersos entre las instalaciones del Hospital hasta que en 1885 se agruparon en un edificio específico e independiente (Barona Vilar C. , 2006).

4.D- OTROS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE VALENCIA

Acabamos de ver los principales centros asistenciales de la ciudad, pero en la revisión realizada nos encontramos con la presencia de otros centros de “menor importancia” y aunque no profundicemos en ellos, ya que en ocasiones su función asistencial es limitada y sus fechas de origen o funcionamiento no se ajusten a la época de estudio, si que nos parece pertinente citarlos, por su importante labor y función durante este siglo y los siglos anteriores al mismo (Corbín Ferrer, 1980):

- *El Colegio Imperial de San Vicente Ferrer*, fundado en 1410 y cuya principal función es el mantenimiento y educación de niños huérfanos.
- *El Asilo de mendicidad de San Fernando*, gestionado desde el propio Ayuntamiento, da cobijo a los mendigos y niños que mendigan por las calles de nuestra ciudad.
- De otro carisma, pero también benéfica, nos encontramos con la gran *Asociación de beneficencia domiciliaria de Nuestra Señora de los Desamparados*, fundada en 1853, ante los difíciles momentos por los que está pasando la población.
- *El Asilo de San Juan de Dios*, fundado en 1883, dirigido por los Hermanos Hospitalarios del mismo nombre, para atender y cuidar a niños huérfanos, raquíticos, escrofulosos o con algún defecto físico.
- *El Asilo de San Eugenio*, fundado por el Dr. Sanchis Bergón en 1885, con el fin de acoger y procurar su lactancia a los niños cuyas madres morían a consecuencia de la epidemia de cólera.
- *La Casa Asilo de San Juan Bautista*, conocida con el nombre del “*Asilo Romero*”, por ser su fundador don Juan Bautista Romero, abierto con la misión de atender a un considerable número de desvalidos procedentes de la Industria Sedera.
- El Hospital Militar o de San Pio V, ubicado a las afueras de la ciudad, que al igual que el hospital General se caracteriza por una gran robustez y un espectacular entorno de jardines.
- El Asilo de las Hermanitas de los pobres: inaugurado en 1873 en una modesta casa pero que con rapidez adquiere relevancia en la asistencia a ancianos e impedidos sin recursos, a los que proveen de asistencia, alimentación y cuidado, corriendo todos sus gastos por cuenta de la caridad pública.
- La Casa diocesana de Siervas de María o ministras de los enfermos: institución benéfica fundada en Chamberí (Madrid) en 1851 e instalada en Valencia en 1872, su principal objetivo es la asistencia a

domicilio de los enfermos de ambos sexos y de cualquier clase social a la que pertenezcan. La Sierva de María se instala en el domicilio del enfermo la casi totalidad del día, acomodando sus horas de estancia, su ubicación en la casa y su estar a las características y recursos de cada familia. Pesset hace una gran alabanza a estas figuras responsables de los cuidados auxiliares de los enfermos, que les permiten permanecer en sus casas recibiendo unos cuidados de calidad, y sobre todo es curioso que resalta la gran falta que hacían por ser difícil, en no pocos casos, el encontrar personal auxiliar dispuesto a cuidar a los enfermos sobre todo cuando se trata de enfermedades de índole sospechosa o transmisibles, por miedo al contagio o por simple repugnancia (Pesset y Vidal, *Topografía médica de Valencia y su zona*, 1879).

- Gran Asociación de beneficencia de Nuestra Señora de los Desamparados: fundada por iniciativa de un particular, el Dr. Jose Vicente Fillol y Soriano, en 1853, y mantenida por la caridad de los valencianos, permite dar asistencia domiciliaria a muchos desatendidos de la ciudad que por múltiples razones ocultan sus dolencias y necesidades en el interior de los hogares, hasta los cuales llega esta Asociación. Sus fines esenciales quedan recogidos en sus primeros Estatutos:
 - “Socorrer a los verdaderos indigentes, empleando todo celo, hasta donde lleguen sus esfuerzos para extinguir la profesión de mendigo.
 - Suministrar a domicilio a los pobres enfermos que lo necesiten, la precisa asistencia y a sus desvalidas familias,
 - Llevar el Consuelo a la oculta desgracia, socorriendo a las familias y pobres vergonzantes.
 - Repartir también el pan de la moralidad, empleando los medios más análogos para difundirla entre las clases menesterosas, consagrando sus particulares desvelos hacia la conveniente educación de la tierna infancia” (Corbín Ferrer, 1980).

Pero no sólo se dedican los integrantes de la Asociación a la atención y socorro domiciliario de los necesitados valencianos. En esta Asociación también tienen la labor de ayudar a las madres de familias con escasos medios para que puedan desempeñar un trabajo u ocupación para garantizar su sustento, quedando mientras tanto las Hermanas Carmelitas de la Caridad encargadas del aseo, entretenimiento e instrucción de los niños acogidos en la Sala de asilo establecida en el propio local de la Asociación. En el aspecto concreto de la instrucción de los niños de la Sala de asilo, ésta recae en las Hermanas Carmelitas hasta los tres años, edad en la que de forma obligatoria pasan a la Escuela

de Párvulos hasta los siete años, cuando los niños pasan a las escuelas públicas de la Ciudad y las niñas a la escuela elemental, sostenida también por la propia Asociación.

- Las Casas de Socorro: así son llamadas las estructuras sanitarias cuyo objetivo es dar una pronta asistencia a todo tipo de accidentes o infortunios urgentes que puedan tener lugar en las calles de la ciudad a diario, desde la atención de los heridos de un incendio hasta la mordedura de un perro callejero. No distinguen en su asistencia por clases sociales ni nacionalidades, atendiendo igual al rico que al pobre, al local o al forastero que está de paso. Son atendidas por facultativos, practicantes y enfermeros, y están dotadas de los medios necesarios para realizar la completa asistencia a todas aquellas contingencias que puedan tener lugar y requerir asistencia sanitaria. Son estructuras asistenciales de primera línea, necesarias para atender todas las contingencias diarias que en caso de acudir a los hospitales, por muy bien organizados y dotados que estos estuvieran, colapsarían sus instalaciones. Pero no sólo este motivo organizativo está en la justificación más que merecida de la existencia de estas Casas de Socorro: ya lo hemos nombrado en algún punto del documento, y es el hecho de la casi negación de gran parte de la población de acudir a los hospital que, además de ser escasos en número, suponen la entrada en un mundo de miseria, dolor y hacinamiento, al que muchos se niegan a entrar por miedo a no salir de él, por lo que prefieren ser tratados en sus propios domicilios, dentro de su núcleo familiar y con todo el apoyo familiar.

4.E- LOS PROTAGONISTAS DE LOS CUIDADOS

Pesset, en su publicación de 1879, “Topografía médica de Valencia y su zona” hace una clara alusión a la figura responsable del cuidado de los pacientes, necesaria para poner en práctica las indicaciones médicas, así como suministrar los cuidados necesarios. Concretamente Pesset cita: “La precisa asistencia de los enfermos exige ser secundada por otros auxiliares que lleven a efecto sus prescripciones y atiendan a las necesidades y deseos de los mismos, suministrándoles los cuidados que la enfermedad reclama, vigilando su sueño, haciéndoles compañía, limpiándoles y hasta cediendo a sus órdenes, si no se oponen a las intenciones del médico. Así será completa la asistencia para todas las clases”. (Pesset y Vidal, Topografía médica de Valencia y su zona, 1879).

Como hemos podido ver a lo largo de todo el capítulo, hay unas protagonistas claras a la hora de hablar de los cuidados prestados a la población, a los enfermos y los pobres, durante este periodo. Son la Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, presentes en cada una de las instituciones revisadas, con funciones diversas y estatus cambiante, pero siempre figuras de referencia en los cuidados.

La aprobación en 1822 de la Ley de Beneficencia constituye una fecha importante para la evolución de esta congregación, por todos los cambios y repercusiones que esta Ley tiene sobre la organización de las instituciones que prestan asistencia sanitaria y las responsables de los cuidados en estas instituciones. Concretamente en 1822, fecha de publicación de la Ley, las Hermanas están presentes en 9 hospitales de Beneficencia estatales, para pasar a 40 en el año 1850 y así progresivamente. Hacerse responsables de la organización y atención de los Hospitales de la Beneficencia pública les obliga a formarse, como imperativo vocacional y exigencia profesional. Es en el año 1817 cuando las excelentes referencias con las que cuentan las Hijas de la Caridad en las que se describen sus excelentes trabajos, propician la solicitud del Arzobispo de Valencia de su presencia en la ciudad. En ese mismo año se establecen las Hermanas en Valencia y pasan a ser una de las principales fundaciones de España, tanto por el número de Hermanas como por la multiplicidad de oficios y ocupaciones.

Las hemos visto citadas y recogidas, siempre con gran protagonismo, en prácticamente todos los documentos y Reglamentos localizados relacionados con la asistencia a los diferentes tipos de acogidos en los Hospitales y Casas. Constituida la orden por San Vicente de Paul en 1633, se ha mantenido en activo hasta nuestros días. Su origen se da en un momento de la historia marcado por continuas guerras que provocan en la población miseria y enfermedad. Desde sus orígenes, los miembros de la orden visitaban a los enfermos en sus casas para proporcionarles tanto cuidados de enfermería como consuelo espiritual (Donahue, 1985). Y desde ese inicio las Hermanas tuvieron un modelo para la organización de la asistencia en los hospitales y que aplicaron en todos los centros, regido por las siguientes premisas:

- La necesidad de formación para el servicio a los pobres y enfermos, motivadas por los escritos de sus Fundadores y Superiores. Para ello, las Hermanas cuentan con varios textos de formación, entre los que destaca el manual “Instrucción para Enfermeros” de Andrés Fernández. La formación de las Hermanas enfermeras se desarrollaba a dos niveles: el servicio directo a los enfermos bajo la responsabilidad de una Hermana más experta, y el estudio de los textos citados de formación.
- Hay una dependencia en el ámbito espiritual de un Superior General.
- La forma de organización y administración es central, vertical y para todos los centros similares.

- El servicio a los pobres constituye su carisma fundacional.
- Existe un método o modelo para el trabajo (Hernández Martín, F, 2006). Hay unas Reglas Particulares para las Hermanas en los Hospitales que describen con minuciosidad el desempeño de las diferentes actividades.

El trabajo está estructurado en dos niveles:

- La Hermana Enfermera.
- La Hermana Sirviente o Superiora, que debe ser la primera en poner en práctica aquello que posteriormente va a pedir al resto de sus compañeras.

Tal y como cita F.Hernández en su artículo, “Los cuidados que realizan responden a cubrir las necesidades básicas y aplicar los remedios que la nueva medicina va imponiendo” (Hernández Martín, F, 2006).

Las Hermanas de la Caridad son, como hemos dicho, las principales protagonistas, pero hay otra congregación religiosa que, aunque no hemos encontrado información sobre su presencia en Valencia durante este periodo de tiempo, sí es objeto de frecuentes alusiones en los documentos consultados a nivel general, por lo que consideramos importante recoger su presencia y existencia, dada la repercusión que tienen sus “buenas prácticas” en la futura profesionalización de la enfermería; estamos hablando de la Congregación de los Enfermeros Obregones.

El fundador de esta congregación es Bernardino de Obregón, nacido el 20 de mayo de 1540 en las Huelgas de Burgos. En 1566 decide abandonar su acomodada vida y dedicarse exclusivamente al socorro y asistencia a los pobres. En 1568 forma la Congregación de los Hermanos mínimos, siervos de los pobres enfermos, conocidos como Hermanos Obregones. Esta Orden, que surge en la Castilla del siglo XVI, rápidamente se extiende por toda la península ibérica, se dedica al cuidado de los enfermos desde un enfoque de tratamiento global del enfermo, y formula un “modelo de actuación enfermera” que aún hoy día es considerado como un “manual de buenas prácticas” de enfermería. Para Bernardino de Obregón, los pilares necesarios para poder dar una correcta atención al paciente son dos: una adecuada formación del personal enfermero y una concepción holística, integral del paciente; se debe tener en cuenta no sólo la enfermedad, sino el medio en el que enfermo se desenvuelve, destacando la importancia de las condiciones medioambientales, es decir, la higiene del enfermo, la purificación del aire de las enfermerías y su limpieza diaria, como elementos que repercuten directamente en la transmisión de enfermedades y en la recaída de los enfermos (García Martínez, MJ, 2008).

Tal y como hemos citado en varios puntos a lo largo del documento, encontramos una clara relación directa entre el espacio que ocupa el enfermo en la sociedad del momento, las formas en las que son asistidos y las responsabilidades de las diferentes instituciones del momento en esta asistencia, con la situación ocupada por los profesionales encargados de asistirlos y lo que se les exige en el desempeño de su trabajo. Tal y como cita Antonio Claret García en uno de sus artículos, es en esta reflexión en la que podrían comprenderse las exigencias impuestas por la congregación de enfermeros obregones. A aquellos interesados en incorporarse a la institución se les exige saber leer, escribir y contar medianamente, un nivel básico que se va elevando durante los dos años de instrucción que suponen su noviciado o etapa previa de formación antes de tomar el hábito con el grado de “hermano de cruz”. Estos requisitos tienen su principal explicación lógica en el hecho de que el trabajo diario en el hospital requiere de la práctica, de la escritura y de la contabilidad. La congregación de los obregones recoge en sus documentos de regulación, entre los que se encuentra “Las Reglas y Constituciones” de la congregación, el trabajo básico de los hermanos en el entorno hospitalario, con el que intentan cubrir todos los servicios necesarios para proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a los enfermos, desde el momento en el que son admitidos en el hospital, controlando su ingreso, hasta que salen de él (García Martínez, A.C, 2004).

En los hospitales regentados por los Hermanos Obregones ya se puede observar otra característica, reflejo de su conocimiento de las enfermedades y su transmisión: aunque aún en el siglo XVI se desconoce la etiología de las enfermedades, Bernardino de Obregón, intuyendo la necesidad de separar y asilar determinados enfermos para evitar el contagio, en casos como la peste y otras enfermedades infecciosas, organiza los hospitales realizando una clara separación entre las distintas estancias o enfermerías, según patologías y tipo de heridas (García Martínez, MJ, 2008).

Otra de las importantes aportaciones de Bernardino de Obregón es el establecimiento de una clara división del trabajo del personal que ejerce en los hospitales, especificando las funciones de cada uno de ellos (médico, cirujano, barbero y boticario), sobre todo las llevadas a cabo por los enfermeros. Es por esto que una de las principales características de la Cofradía de los Hermanos Obregones es la gran estructuración y definición de funciones de sus enfermeros, de tal forma que se realizaba una división del trabajo de enfermería por tareas, en función de la formación, capacidad y edad del hermano enfermero. Así, encontramos hermanos enfermeros especializados en algunas de las siguientes tareas (García Martínez, MJ, 2008):

-Administrar las medicinas y todo lo relacionado con ellas: son los responsables de dar los jarabes, purgas y otras bebidas. Se encargan de preparar las medicinas en ausencia del boticario y de dar y aplicar unturas, emplastos, lavatorios, defensivos, epitimas, colirios y gárgaras.

-Atender a los enfermos agonizantes y ayudarlos a “bien morir”.

-Administrar los cuidados espirituales.

-Administrar cuidados al enfermo convaleciente.

Antes de morir (1599), Bernardino de Obregón deja plasmada su preocupación por el seguimiento de las normas y redactada las reglas para que sirvan de guía a los hermanos, recomendando la necesidad de compilar en libros, tanto las oraciones y pláticas orientadas a ayudar al bien morir de los enfermos, como todo lo necesario para la formación de sus enfermeros en lo referente a la asistencia en las enfermedades. Este es el motivo por el que en 1617 se imprime el libro titulado: “Instrucción de enfermeros y consuelo a los afligidos enfermos.”, considerado en la época como un libro en el que se plasma la verdadera práctica de cómo se han de aplicar los remedios que ordenan los médicos, práctica muy necesaria para que los enfermos sean bien curados. Este libro fue posteriormente ampliado por Andrés Fernández, que en 1625 publica uno de los principales manuales de la enfermería: “Instrucción de enfermeros”, que más adelante veremos en el apartado de “primeros manuales”.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 5

La organización y regulación
legislativa de las profesiones
sanitarias en el siglo XIX.
Formación de los
profesionales sanitarios en
Valencia

5.A- LEGISLACIÓN QUE REGULA LA DOCENCIA DURANTE EL SIGLO XIX

Durante el periodo estudiado ya hemos podido observar que han sido numerosas las figuras que han cubierto las distintas parcelas de las necesidades sanitarias de la población. Durante la Edad Media se empiezan a ver atisbos de formación y desarrollo profesional en estos profesionales: médicos, cirujanos, sangradores, parteras, curanderos y enfermeros entre otros. Se habla ya de formación y desarrollo profesional perfectamente reglado (en el caso de los médicos) o con una preparación puramente práctica y al margen de toda vinculación académica (como por ejemplo sanadores y ensalmistas). La Edad Moderna, con el desarrollo del Humanismo, implica grandes cambios en el fragmentado panorama socio-sanitario, que provoca la pérdida de importancia de algunos de estos profesionales y la consolidación de otros, como los enfermeros (García Martínez, A.C, 2004)

En el Siglo XVI ya contamos con datos referentes a una formación teórico-práctica reglada y profesional, concretamente en este caso, desarrollada por la cofradía de los hermanos obregones. El elevado número de patologías a las que se enfrentaban los hermanos enfermeros en su trabajo diario en el hospital, las variadas técnicas y remedios que aplican a los enfermos y el instrumental utilizado, entre otros, hacen imprescindible la formación de los enfermeros. La congregación de los obregones es una de las pioneras en la articulación de todo un sistema de enseñanza para sus hermanos, asentada en la propia estructura organizativa. Todos los pretendientes a enfermeros pasan dos meses de prueba y, en caso de ser superados, entran en la congregación en calidad de novicios, lo que prolonga su formación teórico-práctica durante dos años. Tras estos dos años, el maestro de novicios (enfermero encargado de un grupo de novicios) realiza una prueba para valorar la capacidad del aspirante. En el caso de superar esta prueba, el novicio tomaba el grado de hermano de cruz y se integra plenamente en la congregación. A partir de este momento, y no antes, los nuevos hermanos enfermeros podían ser destinados a cualquier hospital o servicio regentado por la orden, dentro o fuera del reino (García Martínez, A.C, 2004).

Nuestra época de estudio es el siglo XIX y como hemos defendido a lo largo de todo el documento, el contexto socio-histórico tiene una determinante influencia no sólo en el concepto que se tenga de la salud y la enfermedad como tal, sino que también determina el progreso que tiene lugar en las diferentes artes y ciencias. Como ya hemos visto a lo largo de la tesis, durante el siglo XIX nos encontramos con un panorama nada alentador para el desarrollo del conocimiento científico, ya que hablamos de una época en la son constantes tanto las guerras como las diferentes epidemias de peste, que además de reducir de forma considerable la

población, obliga a los profesionales sanitarios a huir de sus casas para evitar el contagio, o a enfrentarse a él y a los enemigos de la guerra, dejando a la población desatendida de sus funciones. Con este escenario, es fácil comprender que no sea el siglo XIX el más idóneo para realizar grandes progresos en la ciencia médica, ya que la prioridad no es ésta, sino sobrevivir y garantizar la existencia material.

En esta misma línea López Piñero insiste, afirmando que “el desarrollo que la actividad médica valenciana hubiera podido tener, en la línea renovadora que a finales del siglo XVIII había culminado en la Facultad de Medicina con el plan Blasco, quedó frustrado ante la crisis general de la Ilustración en España, que se manifestó dramáticamente en los años de la Guerra de la Independencia (1808-1814) y del reinado de Fernando VII (1814-1833). Junto al adverso condicionamiento socio-económico y político, conviene destacar que el vaivén de reformas encaminadas a imponer un modelo universitario centralizado perjudicó muy gravemente a la Facultad, poniéndola al borde de la desaparición en varias ocasiones” (Lopez Piñero J. , La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002), 2002)

La relación del contexto histórico va de la mano del político, igual de cambiante e inestable a lo largo de todo el siglo. Los cambios de gobierno entre absolutistas y liberales nada de bueno traen al progreso del ámbito sanitario: presenciamos una oposición constante entre dos ideologías irreconciliables, de constantes avances y retrocesos, que de forma directa e indirecta afectan al desarrollo científico de todo el país. La Universidad, como otras muchas instituciones del Antiguo Régimen, sufre estas continuas transformaciones a lo largo de varias décadas.

Esta velocidad de cambio es la tónica general en todas las enseñanzas, pero en el terreno de la medicina, determinante también en el desarrollo de la profesión enfermera, hay que añadir un factor interno de discordia, resultado de la existencia de dos profesiones en constante pugna: la medicina y la cirugía. Pugna que dificulta una reforma universitaria planteada sobre la base de la unificación profesional. Ya desde finales del siglo XVIII, la situación de privilegio que ha disfrutado el Protomedicato durante siglos empezó a tambalearse, por la creciente importancia y prestigio social que van adquiriendo los colegios de cirugía.

El posible origen de esta constante separación medicina-cirugía la podemos encontrar, tal y como refleja López Piñero en uno de sus muchos textos relacionados con los estudios de la medicina valenciana, en la organización de las primeras universidades del mundo clásico, en las que se despreciaba el trabajo manual, considerando las ocupaciones manuales como tareas “serviles”, en contraposición con el cultivo de los saberes

teóricos, estimado como una dedicación digna de los miembros de estratos sociales superiores. Esta concepción propicia que los médicos estudien en las universidades y tengan títulos profesionales, se les considere “hombres de saber”, mientras que los cirujanos son excluidos y continúan ejerciendo una ocupación artesanal (Lopez Piñero & Navarro Brotos, *Història de la ciència al País Valencià*). Artesanal puede aplicarse también a la profesión enfermera y, de hecho, en muchos de los textos y documentos consultados aparecen los profesionales de la cirugía y los profesionales encargados de los cuidados con una separación poco clara o incluso inexistente. Un ejemplo de este aspecto lo veremos más adelante, en el Plan de estudios de 1827 en el que se regulan los estudios de los cirujanos sangradores, incluyendo entre sus contenidos básicos los “partos, vendajes y cirugía dental”, contenidos claramente incorporados en las competencias de los profesionales de los cuidados del momento.

Este panorama tiene que ser entendido partiendo de las reformas que Carlos III pone en marcha durante su reinado, intentando por un lado adecuar los planes de estudios universitarios a los avances de las ciencias médicas; y por otro estimulando la creación de instituciones académicas no universitarias en cuyo seno se imparte una enseñanza médica eminentemente práctica. Son los Reales Colegios de Cirugía (Lopez Terrada, Pardo Tomás, & Salavert Fabiani, 1988), los cuales, desde su creación a lo largo del siglo XVIII por iniciativa borbónica, propugnan abiertamente por una unión entre medicina y cirugía, desean absorber la enseñanza médica universitaria, lo que explica la continua lucha interna entre estos colegios y las facultades durante las primeras décadas del siglo XIX. Estos Reales Colegios de Cirugía contaban con las últimas innovaciones asistenciales y docentes, y con unas instalaciones más modernas, estimuladas por el apoyo de la monarquía, que suponen una mejora de la enseñanza respecto a las facultades de medicina del momento, organizadas según unos criterios más tradicionales. Pero uno de los puntos más importantes es que estos colegios se construyen al lado de hospitales docentes, lo que permite prestar mayor atención a la enseñanza de tipo práctico.

En 1799 se pone en marcha la primera de las medidas tendentes a la unificación de los estudios que ya se había pretendido durante el reinado de Carlos III. Los distintos planes que ya se habían publicado en los años 70 de ese siglo van encaminados a conseguir la homogenización de los estudios universitarios y, aunque acaban redactándose planes diferentes para cada universidad, en todo momento se intenta que sean lo más parecido posibles. Se trata de conseguir la unificación de los estudios de Cirugía y Medicina en los Colegios de Cirugía, y así suprimir la enseñanza de Medicina de todas las universidades españolas. Pero además este mismo año también se suprime el protomedicato y se sustituye por una junta general de gobierno de la nueva facultad

reunida. El objetivo de todas estas medidas no es otro que el de mejorar la calidad de la enseñanza y especialmente darle un marcado carácter práctico. (Hernando Serra, 2002).

Esta maniobra supuso, ese mismo 1799, la breve supresión durante sólo un año de la Facultad de Medicina de Valencia, junto a las del resto de las universidades españolas, por ese intento de reorganización centralista, que limita la enseñanza a los Reales Colegios de Cirugía en Madrid, Barcelona y Cádiz, convertidos en instituciones de formación unificada de médicos y cirujanos. Como decimos la supresión sólo dura un año, ya que en marzo de 1801 se vuelve a restablecer el protomedicato y la Medicina retorna a las universidades españolas, pero además, se mantienen los Colegios que se han fundado para los estudios de Cirugía. Es un breve paréntesis en el que el intento de unificación y centralización no tiene el éxito deseado. Ni en ese momento ni en los años siguientes, ya que tan sólo 4 años más tarde, una real orden de octubre de 1805 prohibía a los médicos ejercer la Cirugía y a los cirujanos ejercer la Medicina (Hernando Serra, 2002)

Ya hemos visto en el capítulo I la gran variedad de términos utilizados para referirse a los responsables de la atención sanitaria a lo largo del Siglo XIX, y no va a ser menor la cantidad de planes de estudios y modificaciones que sufre la enseñanza de la salud a lo largo del mismo (Lopez Piñero J. , La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002), 2002).

Por una parte, la Facultad cuenta con un intento, en 1807, de un plan de enseñanza única para todas las facultades médicas, con el que se unifican los textos, cátedras y estudios médicos, a la vez que se reducen las facultades que pueden acogerlos. El Plan Caballero de 1807 se mantendrá en vigor hasta 1843; entre ambas fechas existen apariciones y desapariciones de otros planes alternativos de nula o corta vigencia, coincidiendo con acontecimientos socio-políticos como la Guerra de la Independencia, el Trienio Liberal... Entre estos planes cabe destacar el proyecto de Cádiz de 1814, con unos principios claramente liberales que son retomados posteriormente en el Reglamento General de Instrucción de 1821, y frente a estos dos, los planes absolutistas de 1818 y el plan de Calomarde de 1824 (Lopez Terrada, Pardo Tomás, & Salavert Fabiani, 1988).

Respecto a los planes de estudios de los Colegios de Cirugía, siguen contando con una clara protección real. Desde 1827 salen de ellos profesionales diferentes a los de la universidad, con el título de médico-cirujano que los faculta para ejercer las dos profesiones. Se mantiene esta diversidad de titulaciones hasta el plan Pidal de 1845, el cual establece con detalle las pruebas que se deben superar para obtener los distintos grados académicos y el protocolo para la investidura de los mismos, plasmando así el deseo de homogeneizar los

requisitos y procedimientos para otorgar estos títulos en las diferentes universidades (Palomera Parra, Narbona Alvarez, & Pérez Montes, 2013).

Toda esta variedad de planes de estudios y diferentes normativas tiene como una consecuencia la multitud de titulaciones y denominaciones que se utilizan a lo largo del siglo XIX para referirse a los diferentes protagonistas de la asistencia sanitaria. Numerosas titulaciones que pretenden siempre tener unas más prestigio que las demás, con las consiguientes rivalidades y reclamaciones entre ellas. Estas titulaciones son expedidas por las Universidades, los Colegios de Cirugía y las Escuelas de Medicina. Representan nada más y nada menos que un conglomerado de más de veinte titulaciones diferentes (Urien Blazquez, 2011), consecuencia de los diferentes planes académicos y normativas que se promulgan a lo largo de todo el siglo. En un intento de recopilar esta diversidad de términos presentamos la siguiente relación:

- Doctores en Medicina y Cirugía: los doctores se diferencian de los licenciados en que ellos pueden aspirar a ocupar y desempeñar una cátedra en las universidades.
- Doctores en Medicina (solamente)
- Licenciados en Medicina y Cirugía
- Licenciados en Medicina
- Licenciados en Cirugía
- Médicos Puros: solamente tienen los estudios para ejercer la medicina, sólo pueden tratar enfermedades internas, pero no realizar intervenciones quirúrgicas. Tenían una formación exclusivamente teórica obtenida en las Universidades.
- Físicos
- Médico-Cirujano habilitado (1857): son los facultativos que han realizado los estudios de medicina necesarios para ejercer la medicina y la cirugía en toda su extensión.
- Facultativo de Segunda clase (1849)
- Bachilleres en Medicina
- Bachilleres en Cirugía
- Cirujanos: encargado de las enfermedades externas, existiendo (Gonzalez Canalejo & Marínez López, 2010) :
 - Cirujanos de Primera clase: cirujanos-médicos o cirujanos latinos. Los Latinistas: cuentan con estudios. Necesitan dedicar más años a su formación ya que, además de estudiar tres años de Arte y Filosofía, deben compaginar tres años de estudios en las Cátedras de Medicina y Cirugía

y dos años de prácticas en el hospital. Todo esto antes de poder presentarse al examen ante el Protomedicato.

- Cirujanos de segunda clase: cirujanos de colegio o antiguos romancistas (R.O. 1804). Los Romancistas carecen de estudios, ya que desde el siglo XVII, ante la gran escasez de estas figuras, Felipe III promulga una pragmática por la que se les permite trabajar como tales si acreditan cuatro años de prácticas con un cirujano reconocido.
 - Cirujanos de tercera clase o cirujanos sangradores (R. O. 1804)
 - Cirujanos de cuarta clase (1847): todos los demás profesores puramente prácticos.
- Dentistas: son las personas profesionalmente dedicadas a cuidar la dentadura, reponer artificialmente sus faltas y curar sus enfermedades. Hasta su aparición en 1877, son los Ministrantes y los Practicantes los que se encargan de estas funciones (Urien Blazquez, 2011).
 - Cirujanos-Comadrones
 - Matronas o Parteras
 - Ministrantes: también denominados sangradores, anteriores a la ley de 1857, y derogados por la misma. Junto con los practicantes, encuentran sus precursores en los cirujanos flebotomianos, figura creada durante el reinado de Fernando VII para poder llegar a la asistencia de los pueblos lejanos de pocos habitantes. “Según la R.O. de 29 de junio 1846, para el ejercicio de la cirugía menor o ministrante era necesario obtener un título especial, al cual se podía aspirar habiendo servido dos o más años de practicante de cirugía en los hospitales, y probando haber estudiado privadamente flebotomía y el arte de aplicar al cuerpo humano los apósitos de toda clase usados en medicina” (Gonzalez Canalejo & Marínez López, 2010).
 - Practicantes: creados por la ley de 1857, en sustitución de los ministrantes, y que aun no siendo facultativos ni cirujanos, invertían dos años de estudios teórico-prácticos.

Nos enfrentamos a un problema estructural con una inflación de titulaciones diferentes, lo que genera confusiones, conflictos de competencias y constantes reivindicaciones en torno a la nivelación de las múltiples titulaciones existentes.

Si nos parecen excesivos los términos puestos sobre el papel y difíciles de ver las diferencias entre algunos de ellos, diferenciarlos en la práctica diaria no debía ser mucho más fácil, y de hecho, puede ser la causa y explicación de los múltiples Decretos y Planes que se suceden a lo largo de todo el siglo, intentando regular los diferentes términos, accesos y competencias de cada uno de ellos. Por ello, vamos a exponer la revisión

realizada sobre los diferentes Planes de Estudios y normativas que tienen lugar a lo largo del siglo XIX relacionados con las ciencias de la salud.

Plan de Estudios Blasco: 1786

A finales del Antiguo Régimen, la Facultad de Medicina de Valencia, dentro de la cual se impartían los estudios de los practicantes formados en nuestra ciudad, destaca por encima de las demás en el panorama universitario español. Las causas de esta situación se deben no sólo a su mayor número de cátedras, sino también al elevado número de estudiantes y, sobre todo a la calidad de la enseñanza, más proclive a las reformas y a la adopción de nuevos métodos y textos que otras universidades españolas.

El Plan Blasco, pese a arrancar en el siglo XVIII, es decisivo para seguir la línea que vamos a recorrer con el repaso de los diferentes planes de estudios y normas que regulan la formación durante el siglo XIX. El Plan Blasco supone el abandono definitivo del galenismo y la introducción de lleno en la línea del pensamiento científico-médico de la ilustración europea, el inicio de la medicina contemporánea (Hernando Serra, 2002)

Real Cédula:1804

En 1804 nos encontramos la primera norma relacionada con la regulación de las titulaciones de los colectivos auxiliares de la medicina: la Real Cédula de 1804 pone en orden las figuras o titulaciones Licenciado en cirugía (Cirujano latino), cirujano romancista, sangrador y partera, y son los Colegios de Cirugía los encargados de realizar los exámenes. Mientras que a los romancistas no se les exige una formación previa y deben cursar en el Colegio cinco años de estudios, a los sangradores se les pide la realización de prácticas al menos durante tres años con un cirujano, que es el responsable de emitir un certificado para que el aspirante a sangrador pudiera realizar el examen. Ese examen, al que puede acceder una vez haya presentado los certificados de bautismo y de limpieza de sangre, tiene como principales temas la evaluación del conocimiento de arterias y venas, la sangría, las sanguijuelas, las ventosas, el arte de sajar, así como la extracción de dientes y muelas (Herrera Rodriguez, Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX, 2000).

La Real Cédula tiene entre uno de sus principales objetivos el de delimitar las competencias profesionales de los romancistas con respecto a los cirujanos latinos y los médicos. Por ello se establece que el romancista pueda realizar todas las operaciones pertinentes en las enfermedades externas, incluida la técnica de la sangría, aunque no puede recetar medicación interna.

Plan de estudios de 1807

Este es el primer plan de estudios del siglo XIX, primer plan general que intenta uniformar las universidades españolas. Es una continuación de la política universitaria que se ha llevado a cabo hasta el momento con el Plan Blasco anterior: suprime universidades, alarga la duración de los estudios y reduce el número de cátedras.

Su aplicación en Valencia resulta complicada y parcial, además su inicio coincide temporalmente con la Guerra del Francés (1808), lo que claramente dificulta su implantación.

Real Decreto del 14 de julio:1827

Surge también como una respuesta al exceso de términos encontrados y como un intento de regular los mismos. Con este Real Decreto pasan a unificarse las Facultades de Medicina y los Colegios de Cirugía en una sola entidad: los Colegios de Medicina y Cirugía (en Cádiz, Barcelona y Madrid), en un nuevo plan de estudios basado en el que estaba vigente en los colegios de cirugía. La reestructuración se basaba en el modelo que funciona en el Colegio de Cirugía de San Carlos y el título de licenciado obtenido en los reales colegios permite, a partir de entonces, el ejercicio de las dos profesiones. En las facultades de Medicina se puede seguir estudiando medicina “pura” de acuerdo con el plan de estudios de 1824 (Barona Vilar J. , 1985).

Con esta reforma de 1827 tiene lugar la creación de un nuevo grupo profesional: los cirujanos sangradores, que obtienen su titulación después de tres años de estudio. Este Reglamento, firmado por Fernando VII, va a profundizar en las condiciones de ingreso y de examen de los ahora llamados cirujanos sangradores: se fija la edad mínima para ingresar en estos estudios en los 15 años; el aspirante debe cursar tres años en el Real Colegio y realizar otros tres años más de prácticas antes de poder realizar el examen. En sus estudios se incluyen asignaturas como la fisiología, partos, vendajes y cirugía dental. La normativa matiza que dada la imposibilidad de que los pueblos pequeños puedan pagar a un médico-cirujano, se crea esta clase de facultativos de carrera

corta, que no pueden recetar medicación interna, excepto en circunstancias de mucha urgencia, para que pueda llegar la asistencia a todos los puntos del territorio (Herrera Rodriguez, Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX, 2000).

Clasificación Cirujanos: 1836

Nueve años más tarde, en 1836, ante las demandas de los cirujanos sangradores para que se les cambie la denominación de su título, se determina la estamentación de los mismos en las cuatro clases ya mencionadas (Herrera Rodriguez, Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX, 2000):

- Cirujanos de primera clase: los cirujanos-médicos
- Cirujanos de segunda clase: los cirujanos de colegio
- Cirujanos de tercera clase: los cirujanos sangradores
- Cirujanos de cuarta clase: los de categoría inferior no incluida en las anteriores.

Este es uno de los muchos ejemplos de las solicitudes de nivelaciones que se dan por parte de los profesionales del ámbito sanitario a lo largo del siglo, los cuales, ante la constante situación de indefinición, cambio e incertidumbre que se da durante este periodo, provoca estas solicitudes de homologaciones entre titulaciones que aparecen y desaparecen.

Plan de Estudios Mata: 1843

En 1843, Fermin Caballero firma un nuevo y polémico plan de estudios para regular la enseñanza de la medicina, cuyo verdadero artífice es el médico Pedro Mata, de ahí el nombre que se le da al nuevo plan: "Plan Mata" o "Mataplán" (Herrera Rodriguez, Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX, 2000), cuya justificación define claramente su objetivo: unificar las numerosas clases de facultativos ya que "cada una de ellas tiene un título, sus atribuciones y sus intereses diferentes de los demás".

Esta normativa tiene mucha repercusión sobre los estudios de los profesionales sanitarios del momento, ya que por una parte determina únicamente dos tipos de escuelas para las enseñanzas de los mismos, las facultades y los colegios; en los Colegios se enseñaban las materias que otorgan la capacitación para el ejercicio de la cirugía menor, la obstetricia y la medicina elemental, recibiendo el nombre de Prácticos en el arte de curar los que cursan estos estudios. Y por otra parte, este nuevo Plan supone la desaparición del título de sangrador,

ya que ante la unificación de las carreras de Medicina y Cirugía, quedan reducidas las posibles titulaciones a dos: Doctor en Ciencias Médicas, con siete años de estudios, y Práctico en el arte de curar, que recoge el campo del antiguo Sangrador y la Partera, con cuatro años de duración.

Se establecen dos únicas facultades en Madrid y Barcelona, donde se pueden cursar los estudios de Ciencias Médicas y Farmacia, y cinco Colegios en los que se obtiene el título de Práctico del arte de curar: Sevilla, Valencia, Zaragoza, Valladolid y Santiago (Jimenez Rodriguez, 2006). Esta eliminación de Universidades no se ve libre de protestas por parte de ciudades, como Valencia, con un remarcado pasado universitario, y a las que se deja sin una de sus principales Facultades, la de Medicina. Con esta reforma se consolida definitivamente la unión de las dos profesiones, aunque la vuelta a la diferenciación entre facultades de medicina y colegios para la práctica del arte de curar propicia la discriminación de estos últimos, con el consiguiente malestar que esto genera, y establece la titulación con tres niveles profesionales: doctor en ciencias médicas, práctico en el arte de curar y partera. No se cumple, por lo tanto y de momento, el objetivo de homogeneizar la multitud de titulaciones relacionadas con el ejercicio de la medicina y profesiones auxiliares del momento.

La facultad de Valencia por lo tanto “queda rebajada” a “Colegio de Prácticos en el Arte de curar”, destinado a la formación en cuatro años de titulados de segunda clase que sólo pueden practicar cirugía menor y atender partos. Esta situación dura únicamente hasta el Plan Pidal de 1845 (Lopez Piñero J. , La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002), 2002).

Plan de Estudios Pidal: 1845

Tan sólo dos años después, en 1845, el ministro Pedro José Pidal implanta un nuevo plan de estudios. En él se mantienen agrupadas la Cirugía y la Medicina bajo un mismo título, Licenciado en Medicina, al que se llega tras siete años de estudios, y se amplía el número de Facultades en las que podrá cursarse: Madrid, Barcelona, Santiago, Valencia y Cádiz.

Pero además de esta ampliación de nuevo de Facultades de Medicina, el Plan Pidal prevé la elaboración de un reglamento que determinará “las condiciones bajo las cuales se podrá autorizar para ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante a los que desempeñen o hubieren desempeñado el cargo de practicantes en los hospitales”, y se prevé la creación de una figura profesional que realice estas labores subalternas y prácticas: los Ministrantes (Jimenez Rodriguez, 2006).

Real Orden de 29 de junio: 1846

Efectivamente, la siguiente ley, la Real Orden de 29 de junio de 1846, dicta las normas básicas para el ejercicio de la llamada “cirugía ministrante”, nuevo ejemplo del claro vínculo entre los términos relacionados con la cirugía y los profesionales de los cuidados. Este mismo Reglamento establece también tanto las condiciones de acceso de los aspirantes a esta nueva profesión como los contenidos de su formación. Respecto a su acceso, los aspirantes “deben haber servido dos o más años el destino de practicante de cirugía en hospital al menos de 100 camas, lo que deberán probar mediante certificado del primer cirujano del hospital, donde se haga constar que ha desempeñado tales obligaciones satisfactoriamente, así como que ha tenido una buena conducta”, y también “deben probar que han estudiado privadamente la flebotomía y el arte de aplicar al cuerpo humano los apósitos de toda clase usados en medicina”, así como “haber seguido, al menos por seis meses con un cirujano dentista la limpieza de la dentadura y extracción de dientes y muelas”. Respecto a las materias de estudio del ministrante, la disposición especifica las siguientes:

- Evacuaciones sanguíneas generales y tópicas.
- Aplicación a la piel de medicamentos.
- Vendajes más frecuentes en medicina.
- Inyección de sustancias medicamentosas por vías naturales.
- Limpieza de dentadura y extracción de dientes y muelas (Jimenez Rodriguez, 2006).

Plan de Juan Bravo Murillo: 1849

Llegamos a 1849 sin solucionar el problema de la heterogeneidad e indeterminación de títulos de las ciencias auxiliares de la medicina. Este año se produce un nuevo cambio al aprobarse la distinción entre facultades de primera clase, las de Madrid, Barcelona y Cádiz, y facultades de segunda, las de Valencia, Santiago, Salamanca y Granada, quedando en estas últimas la duración de la carrera reducida a cinco cursos. Esto motiva la creación del título de facultativo de segunda clase y una nueva diversificación de los planes de estudio (Barona Vilar J. , 1985), aunque sin repercusiones sobre los ministrantes (Jimenez Rodriguez, 2006).

Ley de Instrucción Pública o Plan Moyano: 1857

La próxima fecha relevante en el tema que nos ocupa es el año 1857, en el que se promulga la nueva Ley de Instrucción Pública o Plan Moyano, que incluye la supresión de la enseñanza de la cirugía menor o ministrante y la creación del título de Practicante: “persona que posee título para el ejercicio de la cirugía menor, en los domicilios y hospitales hace las curas o administra a los enfermos las medicinas ordenadas por el médico especialista. No precisa de la presencia del médico para ejecutar sus tratamientos” (Urien Blazquez, 2011).

Con la publicación de esta Ley la historia de la enfermería y de todas las profesiones sanitarias dan un giro de 180 grados, puesto que su publicación implica la derogación de todas las denominaciones conocidas hasta el momento y la oficialización de las carreras de Practicantes y Matronas. Se regulan todos los estudios desde una óptica más moderna. Una situación similar a la española es la del resto de la Europa católica, ya que durante esta época se observa una clara diferencia con los países de la Europa protestante, y en especial Inglaterra, donde, tras la expulsión de las órdenes religiosas católicas, la asistencia a los enfermos queda en manos de personas incompetentes, sin formación (Hernández Martín, F et al, 1997).

Con esta Ley no solo se establecen las condiciones para obtener ambos títulos, sino que también se reglamenta el acceso a los mismos y se establecen las tasas de ambas carreras.

Durante estos años surge en España el Movimiento Reformista, con la figura de Concepción Arenal a la cabeza, que promueve la reforma de los Hospitales y, dentro de los mismos, la reforma de la enfermería, con el objetivo de que esta se centre en la asistencia y en el cuidado, en la dimensión más práctica de la profesión. Este movimiento aboga por el establecimiento de una enfermería laica, con una formación que irá cristalizando a lo largo del tiempo (Hernández Martín, F et al, 1997).

Pero la Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano fue más allá de las profesiones sanitarias y su repercusión llega también a nivel de la educación general, ya que sirve para declarar la enseñanza elemental como una enseñanza obligatoria para todos los españoles, incluyendo a las niñas de entre seis y diez años en el sistema educativo. Eso sí, aún queda un largo camino, ya que las mujeres aún no pueden asistir a la Universidad ni a las enseñanzas medias. Las únicas profesiones que requieren un mayor grado de instrucción (tanto teórica como práctica), abiertas a las mujeres, son las de maestra y matrona.

La enfermería, una actividad históricamente considerada como femenina, no es objeto durante mucho tiempo de estudios específicos, puesto que se considera una ampliación del servicio doméstico. De hecho, la citada Ley Moyano no recoge la regulación de esta profesión, aunque sí lo hace para los practicantes y las matronas (Pedraz Marcos,A, 2010).

Reales Órdenes de 1860 y 1861


Dos Reales Órdenes posteriores, la de 26 de junio de 1860 y la de 21 de noviembre de 1861, regulan la enseñanza de Practicantes y Matronas y se corrobora en ellas que los practicantes son los ejercitantes subalternos de la cirugía.

Es la Real Orden de 1861 uno de los textos localizados que con mayor claridad y exhaustividad detalla todos aquellos aspectos relacionados con la enseñanza de Practicantes y Matronas o Parteras. En el documento original localizado en el Archivo Histórico de la Universidad de Valencia (Archivo Histórico Universidad de Valencia Caja 670, 1861) (Anexo 1) se regulan los siguientes aspectos de la formación de estos profesionales.

En el Capítulo I de esta Real Orden se regula tanto las provincias en las que pueden llevar a cabo estos estudios, esto es, Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valladolid y Valencia, como los lugares físicos en los que pueden impartirse, hospitales provinciales o municipales de más de 60 camas. En el caso de Valencia el Hospital que asume la función de docente es el Hospital Provincial. Un ejemplo de esta selección de espacios físicos para la docencia de Practicantes lo encontramos recogido en los documentos localizados en este mismo Archivo, donde se custodian todos los manuscritos existentes de la misma.

Serán los Rectores de cada Universidad los que autorizan los establecimientos concretos en los que se pueden seguir los estudios de Practicantes y Matronas, así como los que designan los Profesores que han de dar las enseñanzas. Los Profesores de las enseñanzas de Practicantes serán los facultativos primeros o segundos de los hospitales antes citados; los de las enseñanzas de Matronas, los facultativos de estos hospitales, salas de partos y casas de Maternidad, contando siempre con la previa autorización de los Rectores de los distritos universitarios respectivos.

En las dos figuras siguientes podemos ver algunos de los documentos originales en los que se detallan aspectos concretos de los temas citados, relacionados con el inicio oficial de las clases, así como de la ubicación de las mismas, y su comunicación oficial al Rector de la Universidad.



Auncio.

Con arreglo à las prescripciones del
Real Decreto de 21 de Noviembre de 1861
se hace saber: Que las enseñanzas teóri-
co-pràcticas de los Practicantes y Ma-
tronas en este Distrito Universitario, con-
tinúan establecidas en el Hospital pro-
vincial de esta Ciudad à cargo de los
Profesores del mismo designados al efecto,
y la matrícula para el estudio de las
mismas en el semestre que ha de prin-
cipiar en 1.º del próximo mes de Abril
estará abierta en esta Secretaría general
desde el 16 al 31 del presente, de 12
de la tarde.

Para verificar la matrícula se necesi-
ta la cédula personal y abonar cinco pe-
setas en papel de Pagos al Estado con tres
sellos móviles de à 10 centimos de peseta
por inscripción.

Figura 2: Manuscrito 1884. Archivo Histórico Universidad de Valencia. Caja 670

Escuela
del 2.º Semestre
de
Practicantes.

9-84-12-10-989.

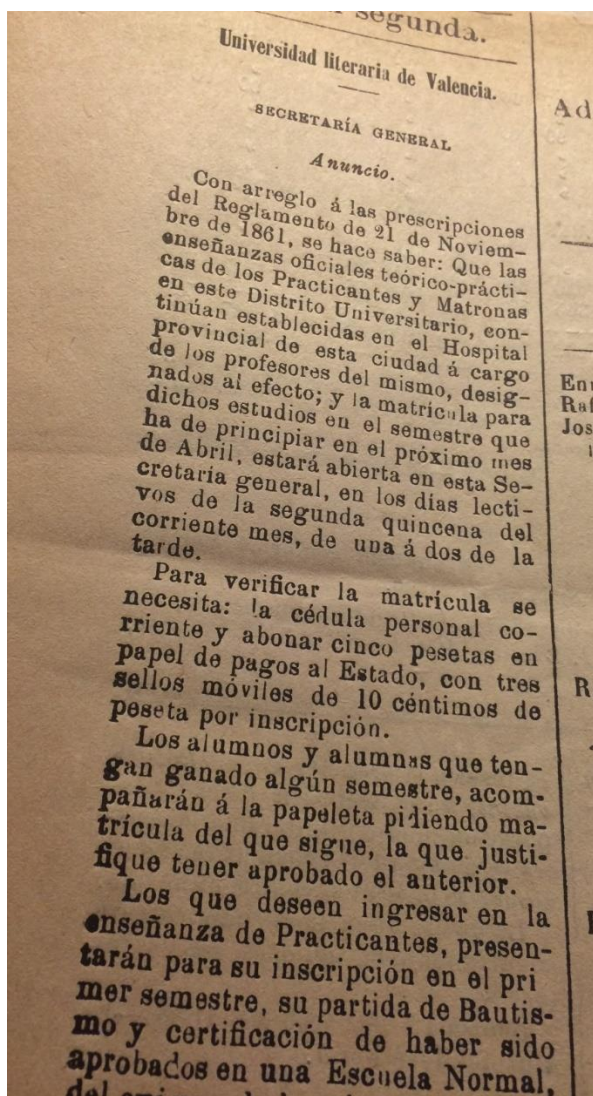
N.º 15. Setiembre 84.
Visto: a los antece-
dentes.

El Rector

V. J. J.

En cumplimiento de
lo dispuesto por N.º J.
en comunicación de 3
del actual, referente
a designación de local
en este establecimiento
hospitalario para la en-
señanza del 2.º Semestre
de Practicantes,
el próximo curso que
tuvo a bien asignarme
el Rectorado en la pro-
pia fecha; debo manifi-
estar a N.º J., creo con-
veniente tener la clase
en el antiguo local de
dicha Enseñanza sito
en la calle interior del
Hospital llamada de la
Esquina, frente al De-
partamento de espec-
sitos, donde hace mu-
chos años he venido de-
señando, y horas de
ocho a nueve y media
de la mañana si N.º
lo cree procedente;

Figura 3: Manuscrito 1884. Archivo Histórico Universidad de Valencia. Caja 670



Figuras 4 y 5: Boletín Oficial. Comunicación oficial del periodo de matrícula. Archivo Histórico Universidad de Valencia. Caja 670

También se detalla en estas Órdenes la organización de los estudios, duración y modo de llevarlos a cabo, quedando los mismos organizados en cuatro semestres.

En el Capítulo II de la Real Orden se detallan los requisitos teórico-prácticos que deben cumplir los aspirantes al título de Practicantes; deben cursar y aprobar las siguientes materias (Jimenez Rodriguez, 2006):

- Anatomía exterior del cuerpo humano (extremidades y mandíbulas).
- Vendajes y apósitos de operaciones menores.
- Contención de flujos de sangre. Precaución de accidentes.
- Curas aplicando al cuerpo de sustancias blandas, líquidas y gaseosas.
- Aplicación al cutis de tópicos irritantes, exutorios y cauterios.
- Vacunación: perforación de orejas, escarificaciones, ventosas.
- Sangrías generales y locales.
- Arte del dentista.
- Arte del callista.

La Real Orden también especifica la obligatoriedad de publicar en los diferentes Boletines Oficiales la apertura de fechas de matrícula.

Esta organización y reglamentación de los estudios motivarán la creación de diversos manuales para dar apoyo a la preparación de estas materias:

- El Gobierno solicita al Dr. José Calvo y Martín que recoja los conocimientos fundamentales con los que el aspirante a esta nueva profesión pueda preparar el correspondiente examen, de esta solicitud surge en 1866 “Manual para el uso de Practicantes” (Urien Blazquez, 2011)
- Encontramos también el manual elaborado por Cayetano Álvarez Osorio, en cuyo prólogo se hace mención expresa a las diferencias existentes entre estos nuevos estudios con los de los anteriores flebotomos en los que la sangría constituía casi la exclusividad de sus contenidos (Jimenez Rodriguez, 2006).
- El “Compendio de Flebotomía” de Rafael Ameller de 1851 está dividido en cinco capítulos: Flebotomía, Apósitos y vendajes, Curaciones tópicas y Cirugía Menor, Arte del dentista y Prótesis dental; se corresponden con las materias establecidas por los Reglamentos como contenidos básicos de la titulación de Ministrante; el manual es utilizado, como los anteriormente citados, para la formación de éstos (Jimenez Rodriguez, 2006).

- En 1871 se publica “Vademecum del practicante” de Juan Marsillach: compendio teórico práctico de los conocimientos indispensables para los aspirantes al título de practicante, a los que deseen optar a plazas de practicantes de hospitales civiles o militares, los sangradores, ayudantes de cirugía, enfermeros, etc.

Decreto de 27 de octubre: 1868

De forma esporádica, en 1866 el ministro Manuel Orovio publica un nuevo plan de estudios que suprime la posibilidad de matricularse en los estudios de practicante y reintroduce los estudios del título de facultativos de segunda clase, que se obtiene con la finalización de los cuatro primeros años de la carrera de medicina.

Pero como hemos dicho, es algo esporádico, ya que en 1868, mediante el Decreto de 27 de octubre, se restablece la carrera de practicante (Jimenez Rodriguez, 2006), y “se derogan todas las reformas médicas de los años anteriores y se establece la libertad de enseñanza, en todos sus grados y clases, la autorización para todos los españoles de fundar establecimientos para ejercerla y la nula obligación, por parte de los estudiantes, de asistir a las lecciones en los establecimientos docentes en que hayan decidido matricularse. Para obtener grados académicos, dice su artículo 11, no se precisará estudiar un número determinado de años, sino las asignaturas que fijen las leyes, sufriendo el examen riguroso sobre cada una y el general que corresponden al grado”. Esta última reforma es calificada por Agustín Albarracín como un retroceso de setenta y cinco años en la historia de la medicina (Albarracín Teulón, *Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del Silgo XIX*, 1985).

Real Orden de 1870

En 1870 se produce otro cambio que afecta a las funciones de los practicantes. Se promulga una Real Orden que desposee a los Practicantes de realizar el ejercicio de dentista, entendida hasta el momento como la persona profesionalmente dedicada a cuidar la dentadura, reponer artificialmente sus faltas y curar sus enfermedades, por lo que desaparecen de este modo los Practicantes-Dentistas.

Real Orden de 1875

Y cinco años más tarde, en 1875, una nueva Real Orden establece la profesión de Cirujano-Dentista, que se encarga de tratar las alteraciones de los dientes y muelas. El título que se otorga autoriza para el tratamiento de las enfermedades de la boca sostenidas por las alteraciones de los dientes y para el conjunto de operaciones indispensables a su curación, pero en ningún caso se permite dedicarse a la curación de cualquier otra enfermedad del cuerpo humano (Urien Blazquez, 2011). Esta Real Orden supone una pérdida importante en el campo de competencias de los practicantes, ya que se les desvincula de un campo de actuación que tradicionalmente era suyo.

Reglamento de 16 de noviembre: 1888

Por último, el ministro José Canalejas, en 1888 reglamentó nuevamente la carrera de practicante y matrona en la normativa de 16 de noviembre de ese mismo año. En la misma se dispone que el practicante está habilitado para el ejercicio de las operaciones comprendidas bajo la denominación de cirugía menor, que puedan ser realizadas cuando sean ordenadas por un médico, además de poder actuar como ayudante en las grandes intervenciones quirúrgicas (Herrera Rodriguez, Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX, 2000).

Tras la publicación de diferentes Reales Ordenes, que poco a poco van dando forma al esqueleto de lo que serán las profesiones de practicante y matrona, en el año 1902, el Conde de Romanones firma la Real Orden de 13 de Mayo en la que se aprueba el Programa de estudios elaborado por la Facultad de Medicina de la Universidad Central para el estudio de la Carrera de Practicantes.

Una de las primeras piedras para ir cristalizando la formación enfermera, la pone el Dr. Federico Rubio Galí, quien en 1896 funda en Madrid la Primera Escuela de Enfermería en España (Santa Isabel de Hungría). “La Escuela se funda como centro donde formar enfermeras diplomadas que puedan prestar sus servicios a los enfermos, aprendiendo cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico” (Hernández Martín, F y Pinar García, M.E, 1994). La Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría persigue la formación de enfermeras para la asistencia hospitalaria con especial preparación para la labor auxiliar en intervenciones y curas quirúrgicas. La formación impartida en la Escuela, de carácter técnico y con una clara

orientación religiosa, no consigue desvincular el cuidado de los enfermos del carácter doméstico y caritativo que hasta el momento ha presidido el cuidado tradicional. La escuela es destruida durante la guerra civil (Pedraz Marcos,A, 2010).

La enfermera española de finales del siglo XIX es vista con una imagen bastante negativa, que la relaciona con un papel vinculado al de una mujer de escasos conocimientos culturales y pocos recursos económicos. Todo esto ocurre en un país mayoritariamente católico que durante mucho tiempo ha dejado en manos del personal religioso de las diferentes órdenes la asistencia prestada a los enfermos en los hospitales. Cuando llega el momento del trasvase de competencias de estas instituciones, hasta ese momento en manos de la Iglesia, a las administraciones de los diferentes municipios, el personal al que se recurre para realizar los cuidados propios de la enfermería son mayoritariamente mujeres sin conocimientos técnicos y que apenas saben leer o escribir. Pero esta imagen negativa no acompañaba a todos los profesionales sanitarios del momento; tanto los practicantes como los cirujanos sangradores, ministrantes y matronas, entre otros, continúan su progreso y su lucha por la nivelación de sus profesiones.

Son pocas las alusiones que se encuentran en los libros consultados de la época a la figura de los responsables de los cuidados, y las pocas que se encuentran no son utilizadas para elogiar a los profesionales que se forman en las ciencias médicas auxiliares. Un ejemplo de este estatus lo podemos encontrar en el comentario que hace Pesset en su libro “Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia”, en el que hace referencia a los sangradores como “el último peldaño de la escalera médica, otra clase modesta y de un porvenir incierto, la de sangradores, a la que se dedican multitud de jóvenes engañados por el corto número de los dos años, que invierten en la carrera, sin prever que su establecimiento es inseguro, como en uno de tantos arreglos que se suceden no se les asignen atribuciones” (Bautista Peset, 1876). Ciertamente es su opinión, pero es la opinión de una de las personalidades más relevantes en el campo de las ciencias de la salud del siglo XIX. Deja patente tanto su opinión como la fatal de definición de funciones y atribuciones de estos sangradores.

AÑO	NORMATIVA	CONTENIDO
1804	Real Cédula	Regula las figuras de: -licenciado cirugía o cirujano latino -cirujano romancista (5 años de estudios en el Colegio C) -cirujanos sangradores (3 años de prácticas) -partera
1807	Plan Caballero	Plan de enseñanza única para todas las Facultades de Medicina. Hasta 1843.
1827	Real Decreto de 14 de Julio	Colegios de Medicina y Cirugía: Cádiz, Barcelona y Madrid.
1836	Clasificación de los Cirujanos	Cirujanos de 1ª : cirujanos – médicos Cirujanos de 2ª: cirujanos de colegio Cirujanos de 3ª: cirujanos sangradores Cirujanos de 4ª: no incluidos en los anteriores. De categoría inferior.
1843	Plan de Estudios Mata	Objetivo: unificar las diferentes clases de facultativos existentes Facultad de Medicina: Doctor en Ciencias Médicas: Madrid, Barcelona Colegios: Práctico en el Arte de curar: Sevilla, Valencia, Zaragoza, Valladolid, Santiago. Práctico en el arte de curar: recoge los antiguos sangradores y las parteras
1845	Plan de Estudios Pidal	Licenciado en Medicina: 7 años: une los estudios de medicina y cirugía Facultades de Medicina: Madrid, Barcelona, Santiago, Valencia y Cádiz Creación de la figura de los Ministrantes.
1846	Real Orden 29 Junio	Normas básicas del ejercicio de la Cirugía Ministrante
1849		Clasificación de las Facultades de Medicina en: -Facultades de 1ª clase: 7 años: Madrid, Barcelona y Cádiz -Facultades de 2ª clase: 5 años: Valencia, Santiago, Salamanca y Granada. Creación del título de Facultativo de 2ª clase.
1857	Ley de Instrucción Pública o Plan Moyano	Oficialización del título de Practicante y de Matrona Se eliminan las antiguas denominaciones: cirugía menor, ministrante...
1860-1861	Reales Ordenes	Regulan las enseñanzas de Practicantes y Matronas. Universidades en las que se pueden impartir: Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid.
1870	Real Orden	Se desposee a los practicantes del ejercicio de dentistas.
1875	Real Orden	Establece la titulación de cirujano-dentista
1888	Reglamento de 16 de noviembre	Nueva reglamentación de las carreras de practicante y matrona

Tabla 16: Resumen Normativa siglo XIX que regula las profesiones sanitarias

5.B- LA FACULTAD DE MEDICINA EN VALENCIA. SU RELACIÓN CON LOS ESTUDIOS ENFERMEROS

Antes de hablar de la Facultad de Medicina y de su relación, como el título indica, con la enfermería, queremos resaltar un aspecto que nos ha resultado interesante y que es la clara unión y sinergia que nos encontramos desde el principio de los tiempos entre la medicina y la enfermería, a todos sus niveles. Tal y como cita Patricia Donahue, “a veces resulta difícil distinguir la enfermería de la medicina en este proceso evolutivo, pues las primeras etapas de ambas disciplinas están estrechamente entrelazadas. Aunque hay quienes opinan que la enfermería nació con Florence Nightingale, en realidad es tan antigua como la propia medicina. La interdependencia entre ambas se ha puesto de manifiesto a lo largo de la historia y ha producido una interrelación única y singular” (Donahue, 1985).

Para ver la historia de la Facultad de Medicina de Valencia recurrimos a J.V.Pesset y se hace necesario trasladar al documento lo que él denomina como “la parte fabulosa de la historia”. Pesset describe la creencia existente durante muchos años de que la Universidad de Valencia fue la primera en crearse de toda España, siendo considerada de las más antiguas del mundo, situándola incluso muy anterior a la venida del Mesías. Pero como hemos dicho, esta es la parte fabulosa. Volviendo a la historia real, todo indica que el proyecto de levantar la Universidad de Valencia data del tiempo de la conquista de la ciudad por el rey Jaime I, cuyo objetivo de cultivar las ciencias choca frontalmente con un momento de inseguridad general, consecuencia de las continuas guerras. Esto provoca que el intento de unificar y centralizar los actos de cultura y de enseñanza de las ciencias en una Universidad, no se pueda llevar a cabo. Lo que se hace es intentar enseñar libremente en escuelas creadas por los diferentes barrios de la ciudad.

Esta situación cambia gracias al apóstol valenciano San Vicente Ferrer, que sobre el año 1410 persuade a los magistrados de la ciudad a adquirir una casa, concretamente en la calle del Mesón de la Nave, en la que empieza a constituir la futura Universidad de Valencia, con sus leyes y sus normas, y se prohíbe desde ese momento la enseñanza fuera de la misma. En este primer momento, la Universidad se dota de hasta doce cátedras y se reúnen bajo un mismo local todas las ciencias que antes eran enseñadas por profesores diversos, pero de forma informal.

En 1462 tiene lugar un acontecimiento importante, como es el hecho de la creación de la “Escola de Cirugía” de Valencia, que más tarde, en 1499 pasaría a incorporarse a la Universidad (Lopez Piñero J. , La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002), 2002).

El día 30 de abril de 1499, con la llegada de las dos bulas del pontífice Alejandro VI, la organización es reconocida completamente como Universidad. Desde ese momento adquiere la autorización para enseñar cuantas ciencias se conocen, sin excepción alguna. Entre estas ciencias, como es de esperar, se encuentra la de curar, que desde sus primeros tiempos se muestra como una enseñanza bien regularizada con las asignaturas de anatomía, fisiología y botánica entre sus programas. Ya en estos momentos se le da una gran importancia a la parte práctica de los conocimientos del aprendizaje de los estudiantes de medicina. Por ello, se exige como condición indispensable, que los estudiantes de cuarto año pasen como mínimo la mitad del año en las enfermerías del Hospital General de la ciudad (Bautista Peset, 1876).

Amparo Nogales cita como hecho fundamental en el desarrollo de la Medicina valenciana la creación en 1499, coincidiendo con la bula del papa Alejandro VI, del “Estudi General” o Universidad de Valencia, directamente vinculada al gobierno de la ciudad, de forma que la Medicina y Cirugía se desarrollan bajo el control de la ciudad, que reglamenta su funcionamiento y la provisión de exámenes para aquellos médicos que lleguen a la ciudad y deseen ejercer en Valencia. Entre los numerosos capítulos de que constan los estatutos del Estudi General se encuentran los relacionados con la normativa de los estudios de Medicina y sus exigencias en cuanto a cumplimentación de clases y prácticas, exámenes y grados (Nogales Espert A. , 1997).

Junto con la Universidad, la ciudad cuenta con otros medios de instrucción importantes como eran las bibliotecas, siendo las que destacan la del palacio Arzobispal y la de la Universidad literaria. También había bibliotecas importantes y famosas en los conventos del Carmen Calzado, de la montesa, de San Miguel de los Reyes y en el de los Agustinos Calzados (Bautista Peset, 1876).

Durante el siglo XVIII tienen lugar cambios que atañen a la Universidad y que por lo tanto vamos a citar. La legislación de este siglo perfecciona la regulación de la enseñanza de la medicina y el examen de sus profesores. Se modifica el Protomedicato intentado unir los colegios de cirugía y de medicina, medida que no es muy bien acogida por la Universidad de Valencia. Durante muchos años hay un constante litigio entre el Colegio de Cirujanos de Valencia y el Real Protomedicato y Protobarberato de la Corte; la batalla es ganada por estos últimos, y queda bajo su poder la realización de los exámenes y emisión de títulos de los títulos de cirujanos, sangradores flebotomianos y barberos. De hecho, el Colegio de Cirujanos de Valencia es el encargado de los exámenes de los cirujanos de la época, pero también de los sangradores y barberos de la ciudad y del reino, y se da un constante litigio entre él y el Real Protomedicato (Bautista Peset, 1876).

La reforma universitaria propugnada por el gobierno ilustrado de Carlos III se plasmó en la Universidad de Valencia con el Plan Blasco, impulsado por el rector Vicente Blasco en 1786. Durante estos años, la enseñanza de medicina está organizada en cinco cursos, a los que se sigue accediendo con el título de Bachiller en Artes. Pero como ya hemos visto, este siglo no se caracteriza por la estabilidad política en ninguna de sus facetas, por lo que el Plan Blasco deja de funcionar al entrar en vigor la reforma de 1807 con el Plan Caballero, aunque en 1811 es restaurado de nuevo por un breve periodo de tiempo. Este nuevo plan de 1807 supone una modificación considerable en los estudios de medicina, ya que la licenciatura pasó a tener seis cursos, en lugar de cinco (Lopez Terrada, Pardo Tomás, & Salavert Fabiani, 1988).

En lo que a la Facultad de Medicina de Valencia respecta, es necesario señalar el dictamen de la Comisión de Instrucción Pública, que tiene lugar en 1837 y por el que se suprime la enseñanza de la anatomía como paso previo para la desaparición de la Facultad, hecho que ocurriría en 1843.

Como ya hemos comentado en el punto anterior, en 1843, el nuevo plan de estudios redactado por Pere Mata limita a dos el número de facultades de medicina existentes en España, y que fueron las de Madrid y Barcelona, coincidiendo con los antiguos colegios de cirugía. La de Valencia, como todas las demás, queda rebajada a Colegio de Prácticos en el Arte de Curar, destinado a la formación en cuatro años de titulados de segunda clase, que únicamente podían practicar cirugía menor y atender partos. Pero esta situación solo dura dos años, ya que en 1845 la Universidad de Valencia recupera su Facultad de Medicina gracias a la reorganización llevada a término por el ministro Pedro José Pidal (Lopez Piñero & Navarro Brotos, Història de la ciència al País Valencià).

Nos encontramos con una Facultad que se va adaptando progresivamente a lo largo del siglo a todos los cambios que se producen en ella, consecuencia de los cambios políticos y sociales que suceden a su alrededor.

Lopez Piñero hace mención a un aspecto que nos resulta muy interesante en nuestro trabajo, la ubicación en la Facultad de Medicina de toda la actividad valenciana sobre las ciencias de la salud y las disciplinas afines, entre las que lógicamente situamos la enfermería. Hace referencia exclusivamente la ubicación física de las dependencias donde se cursan los estudios de enfermería: “en el curso 1867-1868 había 396 alumnos matriculados en la licenciatura de medicina y cirugía, más 63 en los estudios de cirugía procedentes de planes anteriores, 75 en los de practicante y 3 en los de comadrona. Era la facultad con mayor número de estudiantes

de la Universidad de Valencia y la tercera de España entre las de medicina, después de las de Madrid y Barcelona” (Lopez Piñero & Navarro Brotos, *Història de la ciència al País Valencià*). Este punto es corroborado por la información localizada en el Archivo Histórico de la Universidad de Valencia, en la que se especifican como funciones propias de los Rectores de la Facultad de Medicina designar las instalaciones para la docencia de los practicantes, dentro de la propia Facultad y del Hospital Provincial, así como el nombramiento de los docentes de estos estudios.

Esta información es también citada por López Terrada en una de sus publicaciones (Lopez Terrada, Pardo Tomás, & Salavert Fabiani, 1988), corroborando que en la Facultad de Medicina de Valencia, durante el curso 1884-1885, se pueden seguir dos tipos de estudios: los de Licenciatura en Medicina y Cirugía, y los de Practicantes y Matronas; se cuentan exactamente 372 alumnos matriculados en Medicina, 104 alumnos en los estudios de Practicantes y 8 en los de Matronas.

Las dificultades que planteaba la dispersión de las instalaciones y aulas de la Facultad en distintos puntos del Hospital Provincial intentan superarse con su reunión en un nuevo edificio de dos plantas en la esquina de las calles del Hospital y Guillem de Castro, cuyos planos se inician en 1875 pero que no ven finalizadas las obras hasta el año 1885. Este nuevo edificio cuenta en su planta baja con tres aulas con capacidad de hasta doscientos alumnos cada una, sala de disección y autopsias, antiteatro anatómico y sala de profesores. En la planta primera se ubicaban las colecciones de material científico y los laboratorios para la enseñanza de las disciplinas morfológicas y fisiológicas. Pero pese al nuevo edificio, hay servicios que continúan dispersos por los servicios del hospital, como son los de clínica médica, quirúrgica y tocoginecológica, lo que explica que en 1894, tan sólo nueve años después de inaugurarse el edificio de la calle de Guillem de Castro, la Facultad comenzara a gestionar la construcción de uno mayor (Lopez Piñero J. , *La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002)*, 2002).

Pero durante el siglo XIX hay otras estructuras e instituciones encargadas del cultivo de las ciencias médicas básicas. Con la Facultad como institución central, nos encontramos también con el Instituto Médico Valenciano y la Real Academia de Medicina de Valencia.

El Instituto Médico Valenciano fue fundado en marzo de 1841 por sugerencia de Luis Beltrán Besante, a semejanza del Instituto Médico Español de Madrid, y según Lopez Piñero, “de carácter diametralmente opuesto al de la Real Academia” (Lopez Piñero & Navarro Brotos, *Història de la ciència al País Valencià*). El principal objetivo con el que se crea el Instituto es el de lograr la mejora de la clase médica, incrementar su nivel científico a través de una correcta instrucción, así como mejorar de la salud pública. Para conseguir este fin se crea el

Boletín del Instituto Médico Valenciano(1841-1896), que actúa como portavoz oficial del mismo y alcanza durante este siglo una gran difusión hasta su desaparición en 1896, puesto que se convierte en la principal herramienta de propagación de los trabajos publicados por los propios socios del Instituto tanto a nivel nacional como internacional, así como de las novedades legislativas que en cada momento afectan a la profesión médica y las actas de las diferentes reuniones del Instituto, por lo que constituye además un reflejo de los problemas médicos de la sociedad valenciana del momento.

Para un funcionamiento adecuado, el Instituto se divide en secciones, que en un principio son tres: la de medicina y cirugía, farmacia y ciencias auxiliares, e higiene y medicina legal. En 1855 estas secciones se ven ampliadas por las de estadística, vacunación, redacción y fomento y la de socorros mutuos, para más tarde crear la de estudios y biológicos y la de ginecología y pediatría, con lo que llega así a abarcar todas las ramas de la ciencia médica.

Siendo fiel a sus objetivos de constitución, es a la tarea higiénico-sanitaria a la que el Instituto dedica sus mayores esfuerzos, ya que interviene de forma importante en todos los problemas relacionados con la salud pública del momento, y que como ya hemos visto no son pocos; muchas las epidemias asolaron la población valenciana durante este siglo, desde las ya conocidas epidemias de cólera hasta las de lepra, paludismo o triquinosis, entre otras. En la faceta más relacionada con la instrucción, el Instituto Valenciano apuesta por una reforma en la enseñanza, por la existencia de médicos y cirujanos separados por la práctica pero con estudios teóricos comunes y de igual categoría; “criticaron la división de la medicina en doctores para ricos y prácticos para pobres, lo que suponía la existencia de centros de instrucción completa (facultades) y centros de instrucción media (colegios o escuelas)” (Lopez Terrada, Pardo Tomás, & Salavert Fabiani, 1988).

La Real Academia de Medicina de Valencia, creada en 1830 como un instrumento de control del gobierno absolutista, tiene al principio atribuciones de ordenación de los problemas sanitarios y de vigilancia de la enseñanza y ejercicio de la medicina, y presenta en general un pobre balance de actividad científica a lo largo de todo el siglo. La enseñanza media oficial se imparte en el Instituto General y Técnico, creado en 1851 e instalado en 1870 en el antiguo colegio de Sant Pau, donde aún tiene su sede (actualmente es conocido con el nombre de Instituto Luis Vives) (Sanchis Guarner, 1972).

No encontramos en el libro consultado de J.Bautista Peset más referencia a las ciencias auxiliares (así llamadas en aquel momento) que el siguiente fragmento, incluido en su descripción de la Escuela de Medicina

de Valencia: “Aún debe añadirse al último peldaño de la escalera médica, otra clase más modesta y de un porvenir incierto, la de sangradores, a que se dedican multitud de jóvenes, engañados por el corto número de los dos años, que invierten en la carrera, sin prever que su establecimiento es inseguro, como en uno de tantos arreglos que se suceden no se les asignen atribuciones, de que hoy carecen” (Bautista Peset, 1876).

5.C- PRIMEROS MANUALES

Tal y como hemos citado en apartados anteriores, en 1625 se publica en Madrid el libro “Instrucción de Enfermeros”, escrito por Andrés Fernández, enfermero perteneciente a la Congregación de los Hermanos de los Pobres, conocida como Obregones. Es un libro que tiene unos destinatarios perfectamente definidos, los enfermeros, que nace en el seno de una congregación también definida, los hermanos obregones. El libro representa un intento serio de delimitar los conocimientos que debían adquirir estos profesionales para el ejercicio de su oficio, distinguiendo las tareas a ellos encomendadas de las de otros profesionales sanitarios (médicos, sangradores o barberos). Este manual tiene su origen y partida en el empeño del propio fundador de la congregación, Bernardino de Obregón, que incita a sus seguidores a dejar plasmados todos aquellos aspectos necesarios para la formación de los enfermeros. De este empeño nace un primer manual en 1617, que posteriormente es ampliado y mejorado en 1625 por el escrito por Andrés Fernández. Este manual es considerado como una obra de excepcional valor para la Enfermería española, ya que es el primero conocido escrito por un enfermero para la formación de sus hermanos de congregación y para cuantos enfermeros quisieran adquirir una sólida formación. Demuestra que su autor, y el resto de enfermeros de la congregación que en él participan, poseen una elevada formación teórica y práctica, sustentada tanto en la lectura de una amplia y especializada biblioteca médica como en la praxis basada en la experiencia personal y el diálogo con otros enfermeros y profesionales sanitarios (García Martínez, A.C, 2004).

En 1861, Simón López escribe el "Directorio de enfermeros", manual que no se llega a publicar.

Y en 1906, recién estrenado el nuevo siglo, tomando como base el Programa de estudios aprobado por la Real Orden del 13 de mayo, se elabora y publica en Valencia, en 1906, “El manual del Practicante y de Partos Normales”, escrito por el médico D. Emilio A. García-Sierra. Antonio Manuel Ballesteros, en su artículo “Manual del practicante y partos normales (1906): contenido y curiosidades”, hace un estudio detallado de este manual que consideramos interesante incluir en el contenido de la tesis, ya que con la descripción de los capítulos de este manual y sus contenidos se ve con toda claridad cómo, ya a principios del siglo XX, las funciones y

contenidos del trabajo de los practicantes estaba perfectamente definido, siendo fundamentalmente técnicas, diferenciando las mismas de la puesta en práctica de cuidados de enfermería como tal, actividades que son dejadas para ser realizadas por parte de las enfermeras, consideradas en ese momento como profesionales de inferior categoría. Este último aspecto puede arrojar algo de sentido a los conflictos que posteriormente surgieron cuando se unifica bajo el título de ATS a estas tres profesiones, ya que los practicantes históricamente se han considerado como académica, profesional y socialmente superiores a las enfermeras, por lo que la nueva homologación no es de su agrado.

Volviendo al tema del “Manual del practicante y de partos normales”, vamos a citar la evolución de contenidos realizado por Antonio Manuel Ballesteros en su artículo ya citado.

-En su primer capítulo, el manual trata el tema de las relaciones entre el Practicante con el Médico y el Farmacéutico, así como las condiciones morales y científicas que deben marcar estas relaciones. Citamos textualmente: “El practicante de Medicina es el encargado de ejecutar en la clínica oficial o particular las prescripciones que ordena un profesor médico, siendo, por tanto, responsable de su técnica, pero no de su finalidad. Será instruido, obediente, honrado y virtuoso en grado sumo, debe respeto y sumisión absoluta al director de la Clínica en primer término y a los profesores Médicos ayudantes de la de la misma en caso de haberlos. Realizará con arreglo a su leal saber y mayor perfeccionamiento posible, cuantas operaciones se le encomienden, sin discutir las ni alterarlas, lo primero porque no debe juzgar de lo que no conoce a fondo y lo segundo porque puede acarrear al enfermo perjuicios de consideración y hasta la muerte misma. Cuidará muy especialmente de no confiar a nadie lo que debe realizar por sí; hace menosprecio de su profesión el Practicante que confía a un criado o enfermero la realización de sus deberes”. “La mejor norma que puede tener un practicante en sus relaciones con el Médico, es considerarle en todos los actos profesionales como corresponde a la superior categoría oficial que por su título disfruta...”.

-De los capítulos II al XVII, el manual trata las nociones básicas de anatomía que deben ser conocidas por el Practicante para que no se produzcan errores de aplicación de las técnicas de las que es responsable, y se consideran estas nociones de anatomía como las más importantes de la carrera. También se tratan en los capítulos siguientes las técnicas de los vendajes e inmovilización de las fracturas, describiendo de forma minuciosa la forma correcta de elaborar los diferentes tipos de vendajes según la zona corporal a inmovilizar, así como la inmovilización y reducción de fracturas.

-Los capítulos XXV al XXIX recogen la técnica de administración tópica, especificando las diferentes variedades que se pueden encontrar: unturas, embrocaciones, fomentos, cataplasmas, emplastos, baños, colutorios...

-El capítulo XXX pasa a adentrarse en el instrumental quirúrgico disponible para el Practicante a principios del siglo XX, la forma de mantener la asepsia necesaria, así como el instrumental del que está formado.

-En capítulos posteriores trata temas tan actuales como son las curas quirúrgicas, tanto secas como húmedas; las suturas, con sus diferentes materiales y técnicas; las reglas generales para la correcta realización de las curas, así como un capítulo entero para la descripción de técnicas como las sangrías, el uso correcto de las sanguijuelas y las diferentes técnicas de inyección. Sigue con los temas de vacunas, sondajes (con sonda metálica o de caucho) y anestesia.

Para finalizar, el manual dedica los últimos capítulos a los partos normales y todos los temas relacionados con el estudio anatómico del aparato reproductor y genital femenino, así como el estudio del feto, el diagnóstico de embarazo y los principales signos del mismo. Los últimos temas del manual los constituyen los temas relacionados con las “Nociones de Medicina y Cirugía de Urgencia”.

La existencia de estos manuales es interpretada por algunos autores, como Antonio Claret, como “el reflejo de la toma de conciencia y el desarrollo de una identidad frente al variado y complejo espacio sanitario heredado de la Edad Media, y la mejor forma de hacerlo sería a través del instrumento escritura como medio de definición de un corpus de conocimientos y de unos destinatarios perfectamente identificados en el título mismo de la obra: los enfermeros” (García Martínez, A.C, 2004).

9- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

“A la enfermería se la ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales. Ha sido elemento partícipe de la cultura de una época, por la que ha sido modelada y a la que ha ayudado en su desarrollo. La historia de la enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión; una gran epopeya llena de desgracias y triunfos, romances y aventuras. Y, lo que es más importante, ha sido la historia de un grupo profesional cuyo status siempre ha venido marcado por las pautas prevalentes en la humanidad. Los momentos decisivos para la historia también lo han sido para la enfermería” (Donahue, 1985)

Después de la elaboración del documento, y viendo cumplidos los objetivos que nos habíamos planteado, nos permitimos dejar plasmadas algunas reflexiones de aquellos aspectos más relevantes que nos ayudan a contestar aquellos interrogantes que nos hacíamos al principio del documento.

La influencia del contexto en el desarrollo de los cuidados

Hemos podido comprobar a lo largo del documento cómo efectivamente se constata que el desarrollo de la profesión enfermera es un acontecimiento absolutamente ligado al desarrollo de la sociedad. Avanzar en el camino de la profesión de los cuidados y la evolución de los mismos es avanzar en el desarrollo del ser humano. Partir de una práctica fundamentada en el conocimiento transmitido a través de las palabras, ni siquiera la escritura, hasta llegar a una completa profesionalización de los cuidados. Pero lo más asombroso de todo es el hecho de que siempre han estado ahí, incluso cuando el lenguaje no había hecho aparición, incluso cuando aún no se tenía concepto de enfermedad como tal, siempre ha habido alguien en la tribu responsable de la actividad del cuidado. No la curación, los cuidados. Los cuidados de las mujeres durante el parto, los cuidados de los heridos, los cuidados de los más mayores y de los más pequeños, en esencia, los cuidados.

Cuidados que tienen como ámbito de aplicación la familia más próxima y la tribu, pero que van extendiendo su campo de acción hacia la atención y cuidados de toda la población.

La profesión enfermera en el siglo XIX

Esta clara repercusión del contexto sobre los cuidados también se extiende a la profesión enfermera como tal. Tras la revisión realizada podemos afirmar que el siglo XIX constituye no sólo la antesala de nuestra época actual, tanto a nivel social como profesional, sino que se trata de un siglo clave para el desarrollo de la profesión enfermera, ya que, durante sus 100 años, se realiza un exhaustivo trabajo para legislar y normalizar la situación laboral de los múltiples profesionales de la salud que a lo largo del mismo encontramos. Este es el lado positivo de la heterogeneidad de términos que nos hemos encontrado para referirse a los protagonistas de los cuidados: la necesidad que este hecho creó de normalizar y legislar los mismos.

Es un siglo extremadamente rico en acontecimientos históricos y políticos, tanto a nivel mundial como nacional. Pero también es un siglo extremadamente rico, confuso y conflictivo tanto en lo que a la asistencia sanitaria que se presta atañe como a la gran diversidad de profesionales que la prestan. Hemos visto la continua competición existente entre médicos y cirujanos, así como la multitud de términos utilizados para referirse a los diferentes protagonistas de la asistencia sanitaria. Si esta multitud de términos ha resultado tediosa de recopilar y ordenar, podemos pensar que llevarla a la práctica y poder entender y delimitar en el día a día las funciones y nombre de estos profesionales, era una tarea prácticamente imposible. Esta dificultad que podemos ver a simple vista tras la revisión realizada es la que justifica casi en su totalidad la multitud de intentos de legislar tanto las denominaciones de todos estos protagonistas, así como sus funciones y límites. Es a partir del último cuarto de siglo, fundamentalmente a partir de la Ley de Instrucción Pública, cuando podemos encontrar cierto orden y sentido en la clasificación de todas estas profesiones y los términos para referirse a sus protagonistas.

Es importante también resaltar la cantidad de variaciones que nos encontramos a lo largo de la historia, y del siglo XIX como parte de la misma, en los requisitos y concepto que de los profesionales que prestan los cuidados se tiene en la sociedad. Partimos de una visión de necesidad de cuidados para mantener la vida, de supervivencia, que son prestados fundamentalmente en un entorno doméstico por parte de las principales cuidadoras de la tribu: las mujeres. Seguimos avanzando hasta llegar al siglo XIX, en el que la supervivencia sigue siendo un objetivo de los cuidados, pero junto a ella tiene un papel fundamental la salud como requisito para una actividad laboral. Actividad laboral que durante el siglo XIX se ve desplazada desde el campo a la ciudad, a la industria, y donde la salud es lo que permite a las personas trabajar en las fábricas y mantener a sus familias. Nos encontramos con una época en la que la pérdida de la salud significa una pérdida de la capacidad de mantenerse a uno mismo y a los miembros de la familia que de esa persona dependen. Este valor añadido a la salud hace que también los profesionales que cuidan de la misma tengan un mayor valor para la población.

Durante este siglo es muy interesante comprobar el importante papel de la iglesia en los cuidados de la salud. Los continuos procesos de desamortización que tienen lugar a lo largo del siglo ponen de relieve el gran papel de las órdenes religiosas en la puesta en práctica de los cuidados enfermeros, tanto en el cuidado de la formación de las personas que prestan estos cuidados como en la consideración que de ellos se tiene. Observamos cómo se produce una doble situación mundial sólo diferenciada por la presencia o no de estas órdenes religiosas en la primera fila de la asistencia. Doble situación mundial porque por una parte nos encontramos ante una época dorada para la enfermería en aquellos países en los que estas órdenes religiosas siguen en cierto modo liderando la puesta en práctica de los cuidados; frente a una época oscura para la enfermería, en aquellos países de Europa en los que triunfa el protestantismo y la iglesia y los religiosos son apartados de forma radical de su función de cuidar. En estos países el cuidado queda en manos de personas sin formación y sin ninguna preparación ni vocación, lo que hace retroceder bruscamente la calidad de los cuidados y la concepción de los mismos por parte de la sociedad.

Influencia de género: la mujer como protagonista de los cuidados

Hemos podido ver cómo los cuidados han sido puestos en marcha desde el principio de los tiempos principalmente por las mujeres de la familia, por la bruja de la tribu, por las sacerdotisas de los templos...

Al iniciar nuestra tesis nos hacíamos la pregunta de si verdaderamente esta influencia de género existía. Hemos visto cómo el propio origen epistemológico de las palabras utilizadas para referirse a la profesión enfermera la hacen inherente a la mujer: encontramos el origen de la enfermería en el cuidado materno de los niños indefensos y ha coexistido con este tipo de cuidado desde el inicio de los tiempos. El amamantamiento de los niños, las “madres de cría”, identificaron en los orígenes a las cuidadoras de la tribu. Estos orígenes marcaron nuestro recorrido, identificando la enfermería con la figura de la mujer, de la madre que por instinto y de forma desinteresada cuidaba de sus hijos y por extensión, de los más desvalidos.

La orientación cristiana de los cuidados y su influencia en la enfermería

Otra de las preguntas que nos hacíamos al inicio del documento estaba relacionada con el papel que han jugado y juegan la Iglesia y sus representantes en el desarrollo de los cuidados, en su historia. A lo largo de

la tesis ha quedado constancia de la gran influencia que ha tenido siempre la Iglesia en la estructura de la sociedad y por extensión, en la asistencia sanitaria de la población.

Ya se ha mencionado cómo en el siglo XIX concretamente, los acontecimientos relacionados con las desamortizaciones y la pérdida de protagonismo de la iglesia afecta de forma muy directa a la asistencia sanitaria, y concretamente, a la faceta de los cuidados sobre la población.

Observamos cómo la iglesia está presente a lo largo de todos los momentos de la historia que hemos visto, los monasterios no son sólo centros religiosos, sino que también son centros de cultura y poder. La consideración que para reyes y emperadores han tenido los monjes y otras figuras religiosas los han convertido en referentes en el campo de salud, y por extensión, de los cuidados.

Hemos visto cómo durante la mayor parte de la historia la asistencia sanitaria a la población ha sido desigual. Sólo accedían a la asistencia “de calidad” aquellos estamentos que podían permitírselo, quedando gran parte de la población desprotegida, con menos medios o con una menor calidad de la asistencia prestada. Reyes y gente de la alta sociedad tenían entre sus asistentes a personas con conocimientos de medicina y personas que se encargaban de su cuidado en caso de enfermedad. Un síntoma de poder era la posibilidad de permitirse la asistencia en caso de enfermedad en el propio domicilio, ya que, en muchos momentos históricos, acudir al hospital significaba acudir a un encuentro casi seguro con la muerte.

Pero la iglesia, presente entre estos asistentes personales a reyes y personas con poder, también está presente en la faceta contraria: los valores cristianos hacen que la Iglesia sea también la principal estructura que durante toda la historia se ha ocupado de esa población que no tenía tan fácil acceder a los cuidados. Desde el principio de los tiempos hemos visto cómo miembros de estas hermandades u órdenes religiosas eran los encargados de cuidar a aquellos enfermos que nadie atendía, como es el caso de los Parabolani en el siglo III con los enfermos infecto-contagiosos, o la mismísima orden de San Juan de Dios, en el siglo XVI, pionera en la teorización y profesionalización de los cuidados enfermeros.

La Iglesia es durante gran parte de la historia la principal protagonista de los cuidados a la población que no se lo podía permitir, con la beneficencia como principal estructura de trabajo. Beneficencia que como hemos podido constatar supone la base de la asistencia a la mayor parte de la población durante el tan próximo siglo XIX.

Pero el siglo XIX no es un siglo aislado. A lo largo del documento podemos revisar cómo la religión, principalmente el cristianismo, tiene una clara influencia, consideramos que positiva, sobre la evolución y profesionalización de los cuidados de los enfermos. Ya en el primer capítulo vemos cómo, al hacer un repaso

histórico de los cuidados y de su evolución por todas las civilizaciones, se hace necesario estudiar los mismos en dos niveles: el cotidiano, en el entorno familiar; y el religioso, vinculado con la religión imperante en cada momento y los protagonistas de la misma, siempre relacionados con los cuidados de la salud. En los primeros años de la historia, como facilitadores de la acción de los dioses, hasta llegar al siglo XIX, en el que las órdenes religiosas no sólo se convierten en lugares donde se prestan cuidados a toda la población, sino que además, estas órdenes religiosas en muchas ocasiones hacen de los cuidados su objetivo. Este hecho tiene como consecuencia directa que los cuidados prestados por estas personas sean cuidados de gran calidad y dedicación, suponiendo el inicio de la profesionalización de los cuidados, ya que de algunos de estos monasterios surgen los primeros manuales enfermeros para los cuidados.

También en Valencia, en el recorrido que hemos hecho por sus hospitales y centros asistenciales hemos podido constatar que las principales protagonistas de los cuidados tienen un nombre propio: Hermanas de la Caridad o de San Vicente de Paul. Son ellas las que están presentes en todos y cada uno de los rincones en los que hay que prestar asistencia a alguien, da igual de la clase social que sea o de la dolencia que se trate. Son ellas las encargadas de que los cuidados se lleven a cabo en las mejores condiciones de higiene y comodidad posible, son las encargadas de gestionar que el hospital o la casa funciones, que todo esté en orden y bajo control. Bajo su responsabilidad están el resto de trabajadores que ayudan en los cuidados, pero ellas son la “cabeza visible”. Concretamente en los Reglamentos del Hospital Provincial hemos visto reflejadas las funciones de estas Hermanas de la Caridad, equiparables a las realizadas hoy por los profesionales enfermeros, frente a las funciones también descritas de las en ese momento denominadas enfermeras, con un perfil equiparable a las funciones desarrolladas habitualmente por el personal auxiliar de enfermería y/o celadores.

El aprendizaje del pasado

Al principio de nuestro trabajo recogíamos de Siles una de sus reflexiones en la que hacía alusión a la importancia que el conocimiento del pasado supone para la comprensión del presente, y también nos hacíamos a nosotros mismos la pregunta de si habíamos sido capaces de aprender de nuestra historia. Y en este punto es donde a lo mejor nos quedamos con un sabor agridulce. Hemos defendido a lo largo de todo el documento nuestro convencimiento de la necesidad de conocer nuestro pasado para entender el presente y dirigir nuestras acciones futuras. Pero hemos dicho agridulce porque al finalizar el documento nos ha quedado la sensación de no haber sido capaces, en cierto modo, como profesión y profesionales, de haber aprendido de los errores cometidos en el pasado. Hemos visto pasar todas las etapas de los cuidados, desde el principio de los tiempos,

donde ya entonces eran considerados como una actividad de suma importancia; hasta el siglo XIX, con una profesión que ya está establecida y empieza a consolidarse. La historia de nuestra profesión transmite una historia de continua lucha por demostrar nuestro lugar y defender nuestras competencias. Una lucha con los cirujanos, una lucha de términos, de funciones y de competencias, que nunca parecían quedar definidas. Durante esta lucha se han ganado muchas batallas, se han ganado responsabilidades y reconocimiento, pero también hemos perdido algunas importantes. Esa lucha, si miramos a nuestro alrededor, se mantiene en la actualidad, tantos siglos después.

El lugar de los cuidados

Durante toda la revisión bibliográfica hecha, con la mirada puesta en el cuidado y en sus protagonistas, tanto por parte de quién lo facilitaba como por parte de quién lo recibía, no hemos encontrado muchos documentos en los que se hable de estos cuidados explícitamente, aunque si del lugar en el que eran impartidos, llamados Casas, Asilos..., todos ellos bajo el régimen de beneficencia que, como hemos dicho, era la encargada de dar asistencia, cobijo y educación a todos aquellos ciudadanos que no tenían los medios para permitírselo. Hemos visto cómo es difícil en muchas ocasiones separar la asistencia sanitaria de la social, cómo en muchas ocasiones estos centros atendían enfermos, pero a la vez dementes y niños expósitos. Había cabida para todos.

Son tres los centros asistenciales en los que hemos visto que se atendía a los ciudadanos: la Casa de la Misericordia, la Casa de la Beneficencia y el Hospital Provincial, que da cobertura a todos ellos en lo que a asistencia médica se refiere. En todos hemos contado su historia y sus funciones, y aún nos parece ver las salas del Hospital Provincial tal y como las conocemos a través de los múltiples trabajos que versan sobre él.

Pero no hemos encontrado información de los cuidados en otros ámbitos, en la comunidad, en los domicilios. Es cierto que a lo largo de la historia hay momentos en los que se nombran y es cierto que en algunos documentos de los revisados y citados se deja constancia de la asistencia en el domicilio de aquellas personas de clase social alta, con medios económicos, que se podían permitir recibir asistencia en sus propios domicilios, en lugar de acudir a los hospitales. Hospitales que son reflejados en algunos documentos como lugares de hacinamiento y enfermedad, lugares a los que no era deseable llegar, ya que muchas veces significaba no volver a salir del mismo.

La profesión enfermera como profesión manual

Vemos cómo se inicia el siglo con unos cuidados considerados más oficio que profesión, para acabarlo como una profesión reconocida como tal. Ya sólo este hecho convierte al siglo XIX en un siglo crucial en la historia de nuestra profesión.

Como hemos visto a lo largo del documento, y citando a Donahue, en nuestros inicios como no profesión, fue nuestro amor maternal y nuestra dedicación desinteresada lo que nos hacía perfectas candidatas para la puesta en práctica de los cuidados. Pero el paso del tiempo puso de manifiesto que no sólo el amor y la dedicación eran suficientes por sí mismos para fomentar la salud o vencer a la enfermedad (Donahue, 1985), sino que el desarrollo de la enfermería como profesión necesitaba otros aspectos imprescindibles: hablamos de la experiencia y de los conocimientos.

Hay otro aspecto que ha llamado nuestra atención, es el “menosprecio”, que hemos podido constatar y recoger en varios momentos de la revisión realizada, hacia los trabajos manuales y su adjudicación a personas o profesionales de inferior categoría. Vemos como, en el recorrido histórico de los cuidados por las diferentes civilizaciones, ya en la civilización griega, en la edad antigua (5000 años ac), se hace explícito su desprecio hacia el trabajo manual, dejándolo en su caso en mano de esclavos, sirvientes y el entorno doméstico. Este hecho nos refleja el bajo valor social, o la escasa importancia, que en este momento histórico tienen los cuidados.

Esta faceta de la historia afecta directamente a la historia de la enfermería y de la medicina, sobre todo a los estudios con ellas relacionados, dado que como artes inseparables realizan todo el camino de su historia conjuntamente, pero “a diferente ritmo y en diferentes niveles”. Históricamente, como ya hemos mencionado en algún punto del documento, la profesión enfermera es considerada una profesión manual, de trabajo con el enfermo, tocándolo y actuando directamente sobre él, incluso añadiría, mirándole a los ojos, aspectos que nos hace muchas veces estar orgullosos de ella. Pero es curioso constatar cómo esta misma situación nos la encontramos siglos y siglos después. Ya en el siglo XIX vemos cómo esta concepción del mundo clásico sigue ejerciendo una gran influencia, repercutiendo directamente en este caso en la organización de las universidades, en las que se siguen considerando las ocupaciones manuales como “serviles”, en oposición al cultivo de las ciencias teóricas. Esta distinción posiciona los estudios de medicina en las universidades: “hombres de saber”, y la de los cirujanos o ciencias auxiliares, en los colegios, como “ocupación artesanal”.

Las denominaciones de los profesionales

Uno de nuestros objetivos ha sido conocer las diferentes denominaciones con las que han sido nombrados los profesionales que se han ocupado del cuidado de las personas. Para poder cumplir este objetivo hemos considerado necesario salirnos del marco temporal de la segunda mitad del siglo XIX, ya que antes del siglo XIX y durante la primera mitad del mismo hay una gran diversidad de términos que nos orientan en la dificultad de delimitación de la profesión. Este objetivo lo hemos cumplido, pero sin centrarnos en esta ocasión en los términos del siglo XIX, ya que pensamos que hablar de denominación de los responsables de los cuidados es hablar de la historia de nuestra profesión.

Hemos visto como los responsables de los cuidados han sido denominadas sacerdotisas, brujas, diaconisas... hasta llegar a un siglo XIX en el que, acompañando a la gran cantidad de cambios políticos, sociales y legislativos que acontecen, nos encontramos con una gran diversidad de denominaciones: cirujanos sangradores, barberos, prácticos en el arte de curar, ministrantes, romancistas, cirujanos menores, practicantes, enfermeros y enfermeras, ayudantes y ayudantas... Posiblemente este tema ha sido el más complicado de desengranar ya que nos hemos encontrado con una gran variedad de denominaciones, que muchas veces coexisten incluso temporalmente y que en la mayoría de los casos no quedan bien definidas ni sus funciones ni sus límites. No es hasta la Ley Moyano de 1857, en la que desaparecen todas las antiguas denominaciones y se establece oficialmente el título de practicante y su acceso; así como las Reales Ordenes de 1860 y 1861 que regula con detalle las enseñanzas de matronas y practicantes, cuando realmente podemos ver prácticamente por primera vez una estabilidad profesional. Esta Real Orden de 1861 hace, por primera vez, por lo menos en la documentación encontrada, una clara y exhaustiva descripción y definición de todos los aspectos relacionados con la formación de los practicantes.

Anteriormente comentábamos que si era complicado regular sobre el papel la coexistencia de todas estas diferentes figuras y sus denominaciones, en la práctica debía ser casi imposible. Y así parece que era, ya que pese al gran avance que acabamos de ver con la Ley Moyano y la Real Orden de 1861, nos seguimos encontrando documentos, como el Reglamento de 1870 de la Casa de la Beneficencia, en la que aparecen citados los barberos-sangradores. Y en la Memoria de la misma casa de 1892 nos encontramos como principales figuras responsables de la asistencia sanitaria a los practicantes, los enfermeros y las Hijas de la Caridad, junto a los facultativos.

También nos ha resultado llamativo encontrarnos con documentos del Hospital Provincial, concretamente el Reglamento de Enfermerías de 1897, en el que se detallan con esmero las funciones de las

Hijas de la Caridad. Funciones que si leemos detenidamente son propias de las competencias enfermeras posteriores. Pero este Reglamento también detalla las funciones de los profesionales que en ese momento denominan enfermeros, viendo reflejadas en las mismas gran cantidad de actividades asignadas en la actualidad a auxiliares de clínica y celadores. Lo que nos ha llamado la atención es el año: 1897.

10- CONCLUSIONES

Era el objetivo general de nuestra Tesis describir la realidad del cuidado y de la profesión enfermera en la Valencia de la segunda mitad del siglo XIX, dentro de su contexto social, político y legislativo. Contextos que, como defendíamos desde el principio de nuestro documento, son imprescindibles e inseparables para comprender la evolución y desarrollo que tiene lugar en las diferentes ciencias, en nuestro caso, en las ciencias de la salud. Este objetivo lo hemos cubierto mediante la revisión bibliográfica tanto de fuentes primarias como secundarias descritas en el apartado de material y método, pero es cierto que al intentar cumplir el mismo nos hemos visto ante la dificultad de delimitar nuestro trabajo a la segunda mitad del siglo, ya que nos era prácticamente imprescindible retrotraernos a épocas anteriores para explicar y enmarcar muchos de los acontecimientos que en él tienen lugar, tanto social como legislativamente.

Hemos podido observar cómo acontecimientos mundiales como la revolución industrial tienen una tardía pero definitiva repercusión en una sociedad, la española, y por extensión, la valenciana, que ve cómo cambia drásticamente su estructura y cómo una población, ubicada fundamentalmente en las zonas rurales, desplaza su lugar de residencia y su lugar de trabajo a las grandes ciudades. Ciudades que no tienen las condiciones higiénico sanitarias adecuadas para acoger a toda esta población y que se ven desbordadas por nuevas epidemias y situaciones de hacinamiento que dificultan el control de las mismas, empeorando la salud de la población y aumentando las diferencias de acceso a la asistencia sanitaria, muy influenciadas por la posición social de cada ciudadano. Ciudades que acogen a una población que en el entorno rural conseguía satisfacer sus necesidades básicas con mayor facilidad y colchón social, pero que se encuentran en una nueva sociedad, en una nueva clase social, que les exige estar sanos para poder trabajar y subsistir. Toda esta situación nos hace ubicarnos mentalmente en una España en la que la pobreza obliga a las congregaciones religiosas, y posteriormente al Estado, a tejer una estructura sanitaria, fundamentalmente basada en la beneficencia y en la caridad, para poder atender a toda esta masa de población que necesita ser atendida pero no tiene medios para acceder a esa atención.

Nos encontramos con un siglo convulso políticamente, un siglo con multitud de cambios de gobierno y cambios de líneas de acción. Esta inestabilidad afecta a todos los cambios, y por supuesto, también al desarrollo de las ciencias y de las profesiones sanitarias. Concretamente, en lo que a sanidad se refiere, todos estos vaivenes políticos se traducen en una ausencia de normativa sanitaria estable que regule y defina unas líneas de acción claras que permitan delimitar las diferentes figuras que toman partido en el cuidado y tratamientos

de los enfermos, así como en la definición de sus funciones y competencias. Como consecuencia directa de esta situación nos encontramos, a lo largo de todo el siglo, con una amplia diversidad de términos diferentes para referirse a las distintas figuras de las ciencias de la salud que proporcionan asistencia a la población.

Aun así, podemos destacar dos fechas importantes que marcan especialmente la historia de la atención sanitaria y del desarrollo de nuestra profesión a lo largo del siglo XIX: 1852 con la publicación de la Ley de Beneficencia, que define y dirige casi toda la organización asistencial del siglo; y 1857 con la Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano, que abre el camino a la regulación y profesionalización de los estudios sanitarios.

En lo que a la ciudad de Valencia se refiere, nos encontramos con un pueblo volcado en la beneficencia, consciente de la dura situación económica y social por la que pasa el país y la ciudad, y que para ayudar a paliar la misma, pone en marcha multitud de centros en los que dar cobijo y asistencia a los que carecen de medios para acceder a la misma. De hecho, como hemos visto, son tres los estandartes de la asistencia en Valencia durante este siglo, y los tres constituidos y sostenidos, hasta su pase a la Diputación, por la caridad de los valencianos: hablamos de la Casa de la Beneficencia, el Hospital Provincial y la Casa de la Misericordia.

Con el estudio del funcionamiento y organización de estas casas, a través de sus Memorias y Reglamentos, conseguimos los objetivos que nos habíamos planteado al inicio del documento: adentrarnos en las principales estructuras sanitarias de nuestra ciudad y su relación con el contexto histórico que se vive en la misma, a la vez que hacemos una exhaustiva relación de los profesionales encargados de la atención a los acogidos en ellas. Descripción que en ocasiones llega a una amplia y detallada definición de funciones que nos da una imagen muy real del estatus y reconocimiento de cada uno de estos profesionales.

Al estudiar en profundidad las principales estructuras sanitarias de la ciudad también conseguimos identificar algunas de las denominaciones otorgadas a los profesionales dedicados al cuidado de la salud, haciendo un recopilatorio de las existentes en estos establecimientos. Pero son muchas las denominaciones que hemos encontrado, no apareciendo todas ellas reflejadas en estas casas. Es por este motivo, por el que en el último capítulo de la tesis ampliamos esta búsqueda, utilizando como herramienta sumamente útil la revisión de la legislación sanitaria del periodo de estudio. Legislación a través de la cual vamos siguiendo la línea de evolución de estas denominaciones, viendo cómo la mayoría de normas y planes de estudios publicados tienen, como principal y doble objetivo, homogeneizar toda esta diversidad de términos que dificulta la correcta gestión de funciones y la formación de los profesionales de la salud.

Por último, en relación a la hipótesis de trabajo que nos planteábamos sobre la existencia o no de una relación entre la acción de cuidar y el género, hemos podido constatar cómo, efectivamente, hay una clara vinculación entre la historia natural del cuidado y el género, en este caso el género femenino. Como hemos citado a lo largo del trabajo, desde el principio de la humanidad la acción del cuidado ha sido vinculado a las mujeres, en ellas ha recaído la función de cuidar y proteger a los más débiles, a los niños, a los ancianos y a los enfermos. Hemos visto como han sido las protagonistas de los cuidados, pero también hemos visto como de encasilla a estas mujeres dentro de la categoría de cuidadores informales. Son las responsables de la faceta cotidiana del cuidado, aspecto que nos atrevemos a concluir ha influido y determinado en gran manera el posterior reconocimiento profesional del mismo, dificultando su reconocimiento social y oficial.

Tal y como mencionábamos en el marco teórico, hemos podido constatar que las desigualdades de género en la actividad sanitaria, en nuestro caso, la relacionada con el cuidado, es una tónica que se repite a lo largo de la historia del mismo. El desarrollo profesional ha crecido de forma muy diferente y con profundas desigualdades. Es cierto que hemos asistido a la presencia de la mujer desde el principio de los tiempos vinculada al cuidado, pero como ya hemos comentado, vinculada al cuidado en la faceta más cotidiana e informal del mismo. En el momento en el que los términos empiezan a tomar un matiz profesional, el género cambia, hablamos de practicantes y de enfermeros, y difícilmente encontramos alusión a mujeres en esta faceta.

Podríamos haber seguido investigando y escribiendo, podríamos haber estudiado esta diferencia de género en los listados de los primeros practicantes matriculados en Valencia, en las historias personales de los mismos, podríamos haber profundizado en las historias de las casas que hemos estudiado desde el lado más humano de las mismas, de las historias de vida de los acogidos... Son temas que quedan pendientes para futuros trabajos e investigaciones. Quien sabe...

11- BIBLIOGRAFÍA

- A., P. R., & FJ., R. C. (2014). "La Pepa" y la mejora de la salud. La sanidad española desde la constitución de Cádiz hasta el fin del trienio liberal (1812-1823). *Apuntes de ciencia. Boletín científico del HGUCR*.
- Aguilar Hendrickson, M. (2010). La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. *Zerbitzuan*, 9-16.
- Alba Pagán, E. (2006). Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia. En F. J. Sevilla, *La Iglesia española y las instituciones de caridad* (págs. 395-426).
- Alba Pagán, E. (Desconocido). *Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Alba Pagán, E. (s.f.). *Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Albarracín Teulón, A. (1985). Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del Silgo XIX. En A. Albarracín Teulón, *Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam. Vol 5-6* (págs. 269-278). Madrid.
- Albarracín Teulón, A. (1985). Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del Silgo XIX. *Dynamis Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque*, 269-278.
- Alicante, D. d. (2007). *Estudio de la documentación de beneficencia*. Alicante: Diputación de Alicante.
- Alvarez Caperochipi, J. (2010). Barberos-cirujano.
- *Antiguo Hospital General.mht*. (s.f.).
- Archivo de la Diputación de Valencia, S. I. (1864). *Reglamento para el Departamento de Dementes del Hospital General*. Valencia: Imprenta de Ferrer de Prga.
- Archivo Diputación de Valencia Caja D.1.6. (Mayo de 1833). *Reglamento de la Real Casa Hospicio de Pobles de Nuestra Señora de la Misericordia y todos los Santos de Valencia*. Ciudad, Valencia, España: Imprenta de D.Benito Monfort.
- *Archivo General y fotográfico de la Diputación de Valencia*. (22 de junio de 2015). Obtenido de archivo.dival.es

- Archivo Histórico Universidad de Valencia Caja 670. (1861). *Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas*. Madrid.
- Ávila Olivares, J. (Octubre de 2011). Tesis Doctoral: Evolución Histórica del Movimiento Colegial de Enfermería: El Colegio de Alicante. Alicante, España.
- Avila Olivares,JA. (2010). ¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante? *Cultura de los cuidados*.
- Ballester Alvaro, A.M. (2002). Manual del practicante y de partos normales (1906): Contenido y curiosidades. *Cultura de los cuidados*.
- Barona Vilar, C. (2006). *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Barona Vilar, J. (1985). La fisiología humana en la universidad española en el siglo XIX. La Universidad de Valencia. En M. Báguena Cervellera, J. Barona Vilar, & J. Fresquet Febrer, *Estudios sobre la medicina y la ciencia valencianas. Siglos XVI-XIX* (págs. 45-58). Valencia: Cátedra de Historia de la Medicina Universidad de Valencia.
- Barreiro Pereira, P., & Bermejo, J. (2009). *El Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de historia*. Madrid: Colegio de Enfermería de Madrid.
- Barrios Flores, LF. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Revista Cubana Salud Pública*.
- Bautista Peset, J. (1876). *Medicina de Valencia*. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.
- Benavent Garcés, M., Ferrer Ferrandis, E., & Francisco del Rey, C. (2009). Configuración y evolución de la Enfermería. En *Fundamentos de Enfermería* (págs. 17-53). Madrid: Ediciones DAE.
- Benavent Garcés, M., Ferrer Ferrandis, E., & Francisco del Rey, C. (2009). Los cuidados de la persona como núcleo de la profesión enfermera. En *Fundamentos de enfermería* (págs. 77-110). Madrid: Ediciones DAE.
- *Biblioteca Valenciana Digital*. (1557). Obtenido de Idea general de las Casas de Misericordia.: <http://bivaldi.gva.es>
- *Biblioteca Valenciana Digital Bivaldi*. (1707). Obtenido de <http://bivaldi.gva.es>

- CABRÉ, M. “Como una madre, como una hija: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media”. En MORANT, I. (dir). *Historia de las mujeres en España y América Latina. Vol. 1. Madrid. Cátedra, 2005, pp 637-657.*
- CABRÉ I PAIRET, M; ORTIZ GÓMEZ, T. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Barcelona. Icaria, 2001.*
- Carrasco Acosta, M. C., Márquez Garrido, M., & ArenasFernández, J. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, 52-59.
- Carrasco Acosta, M^ª Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, 52-59.
- Castañeres, G. et al. (2014). *Cultura valenciana*. Valencia: Consellería d’Educació, Cultura y Esport.
- Coe, RM. (1973). *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza.
- Collière, M. (1993). *Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Constituciones que se mandan observar en la Casa y Hospital de nuestra Señora de la Misericordia, y todos los Santos, de esta ciudad de Valencia. (1815). Valencia: Oficina de D. Benito Monfort.
- Corbín Ferrer, M. (1980). *La Beneficencia en Valencia en el Siglo XIX. La Gran Asociación de Beneficencia Domiciliaria de Nuestra Señora de los Desamparados*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
- D.1.5.1, A. D. (1942). *Antecedentes sobre el origen de los establecimientos dependientes de la Diputación Provincial de Valencia*. Valencia.
- D.1.6, A. D. (Desconocido). *Reglamento para la Casa-Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia*. Valencia: Imprenta de Francisco Vives Mora.
- D.1.6., A. D. (1884). *Casa-Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia de Valencia. Memoria acerca de su estado y marcha administrativa*. Valencia: Imprenta de la Casa de la Beneficencia.
- D.1.7, A. d. (1889). *Memoria referente a la la visita girada a los Establecimienos Benéficos a cargo de la Exma. diputación Provincial*. Valencia: Imprenta Casa de la Beneficencia.
- D.1.7, A. d. (1892). *Memoria de la Casa de la Beneficencia*. Valencia.
- Desconocido. (10 de Noviembre de 1897). *Reglamento de la Inclusa del Hospital Provincial de Valencia. Archivo de la Diputación de Valencia*. Valencia, Valencia, España.

- Dictamen de la Secretaría relativa a si es, o no, de aplicación al Hospital Provincial de Valencia el Decreto de 27 de enero de 1941. (Marzo de 1941). *Archivo de la Diputación de Valencia. Caja W0001*. Valencia: Tipografía Artística.
- Dominguez-Alcón,C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide S.A.
- Donahue, P. (1985). *Historia de la Enfermería*. St, Louis Missouri. EEUU: Mosby Company.
- *es.m.wilipedia.org*. (10 de abril de 2015).
- Fernandes de Freitas, G; Siles González, J. (2008). Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index Enfermería*.
- Fernandez Riquelme, S. (2007). Los orígenes de la Beneficencia. Humanismo cristiano, Derecho de pobres y Estado liberal. *La Razón Histórica*, 12-30.
- Ferrer, E. (2003). *Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos*. Obtenido de Educare 21,2: <http://educare21.net>
- Francisco del Rey,C; Benavent Garcés, M^ªA; Ferrer Ferrandis,E. (2009). Configuración y evolución de la Enfermería. En *Fundamentos de Enfermería* (págs. 17-53).
- Furió Diego, A., & Reig Armero, R. (2014). *Historia Comunitat Valenciana. Segundo curso bachillerato*. Vicens Vives.
- Gadamer, H. (1966). *Verdad y método*. Madrid: Sígueme.
- Gallent Marco, M. (1981). Aproximación a un modelo medieval de institución sanitaria: el hospital de la Reyna. *Revista de la Facultad de Geografía i Història*, 73-88.
- Gallent Marco, M. (2010-2011). En el interior de los hospitales. Personas, espacios y enseres. *Revista de la Facultad de Geografía i Història*, 81-104.
- Gallent Marco, M. (1981). Aproximación a un modelo medieval de institución sanitaria: el hospital de la Reyna. *Revista de la Facultad de Geografía i Història*, 73-88.
- Gallent Marco,M. (1985). El gremi de cirugians de València:procés de consituició. *Afers:fulls de recerca y pensament*.
- Gallent Marco,M. (1985). Sanidad y urbanismo en la Valencia del XV. *En la España Medieval*, 1567-1580.
- Gallent Marco,M. (1994). Problemas fundamentales en torno a la historia de la sanidad medieval en la península Ibérica. Logroño: Universidad de Valencia.
- Gallent Marco,M. (1996). Historia e historia de los hospitales. *Revista d'Historia Medieval*, 179-191.

- Gallent Marco, M. (1996). Historia e historia de los hospitales. *Revista d'Historia Medieval*.
- Gallent Marco, M. (2012). La asistencia sanitaria a los marginados en la Edad Media. *Revista del Centro de Historia del Crimen de Durango*, 135-164.
- García Ferrandis X y García Ferrandis I. (2011). Itinerario didáctico por los hospitales de la Valencia en Guerra. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*.
- García Martínez, A.C. (2004). Cultura escrita y grupos profesionales. La escritura y la lectura entre los enfermeros españoles de los siglos XVI y XVII. *HID*, 249-267.
- García Martínez, A.C. y García Martínez M.J. (1997). Andres Fernandez, un enfermero onubense. Su papel en la reforma de la enfermería hospitalaria española del siglo XVIII. *Huelva en su Historia*, 87-104.
- García Martínez, M.J. (2008). El Capítulo X de las Constituciones manuscritas elaboradas por Bernardino de Obregón: un nuevo concepto de Enfermería a finales del siglo XVI. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, 255-269.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Gonzalez Canalejo, C., & Marínez López, F. (2010). *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*. Granada: Comares.
- Gregorio Delgado García. (2010). Conceptos y metodología de la investigación histórica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 9-18.
- Heller, A. (1991). *Historia y futuro: ¿sobrevivirá la modernidad?*. Traducción de Montserrat Gurguí. Barcelona: Península.
- Hernandez Conesea, J. (1995). *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Hernández Martín, F. (2006). Las hijas de la caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 39-49.
- Hernández Martín, F et al. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. . *Cultura de los cuidados*, 21-35.
- Hernández Martín, F y Pinar García, M.E. (1994). *Orígenes modernos de la Enfermería en España. La Primera Escuela de Enfermería en España*.
- Hernando Serra, M. (2002). La Universidad de Valencia: del Plan Ilustrado de Blasco al Plan de 1807. *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija de estudios sobre la Universidad*, 295-330.

- Herrera Rodriguez, F. (2000). Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX. *Cultura de los cuidados*, 18-26.
- Herrera Rodriguez, F. (2006). El debate sobre la calidad asistencial en la España del Siglo XIX. *Cultura de los cuidados*, 22-31.
- Herrera Rodriguez, F. (2000). Un capítulo de la enfermería: la cirugía menor en la España del siglo XIX. *Cultura de los cuidados*.
- Hiades. (1994). *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*(1), 63.
- Jameison y otros. (1968). *Historia de la enfermería*. México: Interamericana.
- Javier Viñes, J. (2006). *La Sanidad Española en el Siglo XIX a través de la junta provincial de la sanidad navarra (1870-1902)*. Navarra: Gobierno de Navarra.
- Jimenez Rodriguez, I. (2006). Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: los ministrantes. *Cultura de los cuidados*, 16-36.
- López Castellano, F. (2010). E buen samaritano no sabía economía política: de la primera Ley de Beneficencia al intervencionismo científico (1822-1920). *Revista de la historia de la economía y de la empresa*, 21-45.
- Lopez Piñero, J. (2002). *La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002)*. Valencia: Universitat de Valencia, Facultad de Medicina y Odontología.
- Lopez Piñero, J. (2010). *Historia de la medicina Universal*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
- Lopez Piñero, J., & Navarro Brotos, V. (s.f.). *Història de la ciència al País Valencià*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- Lopez Terrada, M., Pardo Tomás, J., & Salavert Fabiani, V. (1988). *Las ciencias médicas básicas en la Valencia del siglo XIX*. Valencia: Instituto Alfonso el Magnánimo.
- M. García Martínez. (2000). Manual para el uso de practicantes. *Hiades*, 109-120.
- Malinowski, B. (1984). *Una teoría científica de la cultura*. Madrid: Altamira.
- Manuel Zaragoza, J. (2012). Enfermedad incurable en la España del siglo XIX: el Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen. *Dynamis*, 141-163.
- Marcela Vesga, L. (2012). Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. *Cuidarte. Revista de Investigación*, 410-415.

- Martín Conty, J. (Enero de 2015). Tesis Doctoral: "Maestros e Instituciones en el Arte de Curar en Toledo desde el Medievo a la Ilustración". Alcalá de Henares, España: Universidad de Alcalá.
- Martínez Aloy, J. (1909). *La Casa de la Diputación. Monografía*. Valencia: Establecimiento tipográfico Domenech.
- Maturana, H. (1977). *La objetividad. Un argumento para obligar*. Santiago: Dolmen.
- Maza Zorrilla, E. (1999). Pobreza y beneficencia en la España contemporánea. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 161-163.
- Mercedes Gallent Marco. (1981). Aproximación a un modelo medieval de institución sanitaria: el hospital de la Reyna. *Revista de la Facultad de Geografía i Història*, 73-88.
- Mercedes Gallent Marco. (1985). El gremi de cirugians de València:procés de consituició. *Afers:fulls de recerca y pensament*.
- Mercedes Gallent Marco. (1994). IV Semana de Estudios Medievales. *Problemas fundamentales en torno a la historia de la sanidad medieval en la Península Ibérica*. Nájera.
- Mereleau-Ponty. (2000). The interpretative phenomenology as a suitable alternative to study human phenomen. *Investigación y educación en enfermería*.
- Messina, R. (2000). *Donde anida la memoria. Reflexiones acerca del uso de las fuentes en la investigación histórica*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Molina T. (1973). *Historia de la enfermería*. Buenos Aires Intermédica.
- Montesinos Vicente, F. (2011). Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea. *Tesis Doctoral*.
- Moore, H. (1989). *Antropología y feminismo*. Madrid: Universidad de Valencia. Instituto de la mujer.
- Nogales Espert, A. (1997). *La Sanidad Municipal en la Valencia Foral Moderna 1479-1797*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
- Nogales Espert, A. (2003). Evolución histórica del método enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 23-28.
- Nogales Espert, A. (Desconocido). *Los caminos de la enfermería. S XIX-S XXI*. Madrid.
- Palacio Atard, V. (1981). *La España del Siglo XIX. 1808-1898*. Madrid: Espasa Calpe.
- Palomera Parra, I., Narbona Alvarez, M., & Pérez Montes, M. (2013). Los Grados Académicos en la Universidad de Madrid: del Plan Pidal a la Ley General de Educación de 1970. Madrid, España.

- Pedraz Marcos,A. (2010). *La edad dorada de la enfermería española*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Peset y Vidal, J. B. (1878). *Topografía médica de Valencia y su zona*. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga, a espaldas del Teatro Principal.
- Pesset y Vidal, J. (1876). *Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia*. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.
- Pesset y Vidal, J. (1879). *Topografía médica de Valencia y su zona*. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.
- Pripogine, I. E. (2002). El Paradigma Complejo. Un cadaver exquisito. *Cinta de Moebio. Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*.
- Quintairos Dominguez. (2008). Tesis doctoral "Del practicante a la enfermera". Ferrol.
- Reglamento de Enfermerías del Hospital Provincial. (1857). *Archivo de la Diputación de Valencia. Caja W001 nº 34*.
- (1870). *Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia*. Valencia: Imprenta de la Casa de la Beneficencia.
- (1882). *Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia*. Archivo de la Diputación de Valencia. Caja D.1.7. Valencia: Desconocida.
- *Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia*. (1882). Valencia.
- Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial. (1897). *Archivo de la Diputación de Valencia. Caja W001*. Valencia.
- *Reglamento general de Beneficencia Pública, decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821, y sancionado por S.M. (1822)*. Málaga: Oficina de D. Luis de Carreras.
- Reglamento General de todas la Dependencias y Departamentos del Hospital Civil de la Provincia de Valencia. (1850). *Archivo de la Diputación de Valencia. Caja D.2.6.3*. Valencia: Imprenta de José Ferrer de Orga.
- *Reglamento par la Casa Hospicio de Valencia*. (Desconocido). Valencia: Imprenta de Francisco Vives Mora.
- Reglamento para el manicomio. Hospital Provincial de Valencia. (1884). *Archivo de la Diputación de Valencia. Caja W0001*. Valencia: Imprenta de la Casa de Beneficencia.

- (1903). *Reglamento para la Colegiación Voluntaria de Practicantes de la Provincia de Valencia*. Valencia: Imprenta de Manuel Alufre.
- Ridruejo Martínez, A. (1977). La enseñanza de la medicina en España. Planes de estudio (1843 a 1931). *Tesis Doctoral Alejandro Ridruejo Martínez*. Valladolid, España.
- Rodrigo Pertegas, J. (1922). *Historia de la Antigua y Real Cofradía de Nuestra Señora de los Inocentes Mártires y Desamparados*. Valencia: Imprenta Hijo de F.Vives Mora. Biblioteca Digital Valenciana .
- Rodríguez Ocaña, E. (1994). La salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Rev San Hig Pub*, 11-27.
- Romero Samper, M. (2004). La crisis del antiguo régimen. En J. Paredes, *Historia contemporánea de España (S. XIX-XX)* (págs. 3-38). Barcelona: Ariel,S.A.
- Rubio , O. (1981). Una fundación burguesa en la Valencia medieval: el Hospital de En Clapers (1311). *Dynamis*, 17-49.
- San Segundo, G. (2012). 1812. El nacimiento de la sanidad moderna. *Medical Economics*, 15-22.
- Sanchis Guarnier, M. (1972). *La ciudad de Valencia*. Valencia: IRTS,S.L.
- Schutz, A. (1972). *La fenomenología del mundo de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Siles Gonzalez, J. (1999). *Historia de la enfermería. Volumen I*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Siles Gonzalez, J. (2011). *Historia de la enfermería*. Madrid: Paradigma.
- Siles,J. (2001). De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Cultura de los cuidados*, 27-33.
- Urien Blazquez, T. (2011). *Enfermería: Historia desde 1857*. Madrid: Visión Libros.
- Vallejo Pousada, R. (2008). De la beneficencia al Estado de Bienestar.Manuel Colmeiro y la justificación liberal de la beneficencia pública: deberes de la administración que no son derechos de los ciudadanos. . *Congreso de la Asociación Española de Historia Económica*. Murcia, Murcia, España.
- Vidal Galache, F. (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, 41-56.
- Vidal Galache, F. (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, 41-56.

12- LISTADO DE ANEXOS

Anexo1: Esquema recopilatorio Historia de España siglo XIX

Anexo 2: Esquema recopilatorio Legislación sanitaria Siglo XIX

Anexo3: Manual para el uso de practicantes. Doctor D. José Calvo y Martín. Facultad de Medicina de la Universidad Central. 1866.

Anexo 4: Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas. Noviembre 1861. Archivo Histórica Universidad de Valencia.

Anexo 5: Cronología histórica de la enfermería española y valenciana. Varios autores.

ANEXO 1- Esquema recopilatorio historia de España siglo XIX

SIGLO XIX EN ESPAÑA

1808	<ul style="list-style-type: none"> -Carlos IV abdica en su hijo Fernando VII. -Inicio de la Guerra de la Independencia contra los franceses -Levantamiento popular del 2 de Mayo y los posteriores fusilamientos -Carlos IV y Fernando VII abdican en Bayona y renuncian a la corona española. -José Bonaparte, hermano de Napoleón es proclamado Rey de España
1812	<ul style="list-style-type: none"> -Se proclama, el 19 de marzo, La Constitución de las Cortes de Cádiz ("La Pepa"), de marcado carácter liberal. -Las Cortes de Cádiz crean el Tribunal Superior de Justicia.
1813	<ul style="list-style-type: none"> -Las Cortes de Cádiz cierran el Tribunal de la Santa Inquisición. -Fin de la Guerra de la Independencia contra los franceses.
1814	<ul style="list-style-type: none"> -Napoleón renuncia a la corona de España que pasa a Fernando VII. -Fernando VII regresa a España, deroga la Constitución de 1812. Instauración del absolutismo y persecución de los liberales. -Se reinstaura la Inquisición en España.
1820	<ul style="list-style-type: none"> -Se obliga a Fernando VII a jurar la Constitución de 1812. -Comienzo del Trienio Liberal: gobierno encabezado por los liberales contrarios al Antiguo Régimen.
1822	<ul style="list-style-type: none"> -Pronunciamiento absolutista en Valencia
1823	<ul style="list-style-type: none"> -La "Santa Alianza" forma un ejército de 100.000 franceses y españoles denominado los "Cien mil hijos de San Luis" para ayudar a la reinstauración de la monarquía absolutista en España, a través de Fernando VII, que recupera el poder absoluto. Las Cortes y el Gobierno se trasladan a Sevilla -Comienzo de la "Década Ominosa": años de estricta censura; arcaico plan de estudios... Situación que agranda distancias entre España y el resto del mundo, perdiendo el tren de la Revolución Industrial y Cultural. -División de España: defensores del absolutismo-defensores del liberalismo.
1830	<ul style="list-style-type: none"> -Nace Isabel II, hija de Fernando VII, quien deroga la Ley Sálica de sucesión, permitiendo así a su hija subir al trono del España.
1831	<ul style="list-style-type: none"> -Primeras epidemias de cólera asiático en el mundo: Hamburgo, Londres, París.
1833	<ul style="list-style-type: none"> -Muere Fernando VII: su hija Isabel II es proclamada reina de España con 3 años. La regente es su madre, María Cristina de Borbón. -Carlos de Borbón, hermano de Fernando VII, reclama el trono de España como Carlos V. -Primera Guerra Carlista entre los liberales, partidarios de Isabel II y los absolutistas, defensores de Carlos de Borbón.
1834	<ul style="list-style-type: none"> -M^ª Cristina ejerce de regente y rompe definitivamente el Antiguo Régimen e instaura una nueva Constitución, modificación de la de 1812.
1835	<ul style="list-style-type: none"> -Se aplica la denominada Ley de Desamortización del Ministro Mendizabal, por la que los bienes comunales y de la Iglesia pasan a manos privadas
1836	<ul style="list-style-type: none"> -Un golpe de estado obliga a la regente M^ª Cristina a restablecer la Constitución de 1812
1837	<ul style="list-style-type: none"> -Finaliza la Primera Guerra Carlista con el Pacto de Vergara entre los generales Espartero (isabelino) y Maroto (carlista).
1840	<ul style="list-style-type: none"> -Los liberales obligan a la regente M^ª Cristina a exiliarse y el general Espartero es nombrado por las Cortes regente de la heredera Isabel II.
1843	<ul style="list-style-type: none"> -Isabel II es reina a los 13 años. Se inicia la primera monarquía Constitucional.
1846	<ul style="list-style-type: none"> -Comienza la Segunda Guerra Carlista, motivada por la inminente boda de la reina Isabel II con Francisco de Asis de Borbón.
1849	<ul style="list-style-type: none"> -Finaliza la Segunda Guerra Carlista.

1851	→	-Se declara la religión Católica como la única del Estado. Se soluciona el conflicto desatado por la desamortización: la Iglesia acepta la venta de su patrimonio pero consigue la subvención del clero por parte del Estado.
1854	→	-La reina Isabel II entrega el poder al General Espartero. Se inicia un cambio de régimen con convocatoria de elecciones a Cortes Constituyentes y una nueva desamortización. -Comienza el Bienio Progresista (1854-1856)
1855	→	-España se sube al tren del desarrollo industrial: Isabel II decreta la creación de la primera red electrotelegráfica y la Ley de Ferrocarriles de España.
1857	→	-Ley Moyano: establece en toda España la obligatoriedad de la asistencia a la Escuela de todos los niños de 6 a 9 años.
1868	→	-Revolución de "La Gloriosa", promovida por demócratas y progresistas que acaba con el derrocamiento de la reina Isabel II que se exilia a Francia. -Espartero renuncia al trono de España. -Nace la moneda nacional: "La peseta".
1869	→	-Nueva Constitución democrática: reconoce a todos los ciudadanos su derecho a voto y a ser elegidos. -Hundimiento de la economía rural.
1871	→	-Amadeo de Saboya es nombrado rey de España como Amadeo I y Jura la Constitución.
1872	→	-Comienza la Tercera Guerra Carlista.
1873	→	-Abdicación de Amadeo de Saboya y proclamación de la Primera República Española.
1874	→	-Fin de la Primera República. -Se reabren las cortes. -Isabel II desde el exilio abdica a favor de su hijo, el futuro Alfonso XII. -Alfonso XII es proclamado rey en Sagunto. Restauración Borbónica.
1875	→	-Inicio del quinquenio conservador.
1876	→	-Alfonso XII redacta una nueva Constitución.
1885	→	-Muere Alfonso XII y pasa a la regencia su viuda, Maria Cristina, embarazada del futuro rey Alfonso XIII. -Fuerte incidencia de la epidemia de cólera en Valencia. -Última ejecución pública en Valencia.
1898	→	-Tratado de París por el que España cede a EE.UU sus posesiones de ultramar, que se independizan de la Corona Española: cuba, Puerto Rico, filipinas, islas Guam y Marianas.

ANEXO 2- Esquema recopilatorio legislación sanitaria siglo XIX.

LEGISLACIÓN SANITARIA ESPAÑA SIGLO XIX

1804

- “Ordenanza de Sanidad marítima y terrestre”, presentada por el Ministro del Consejo de Carlos IV don Benito Puente.

1812

- Constitución “La Pepa”: las menciones que en ella se hacen a la salud son escasas.
 - en el artículo 131, hace referencia a la facultad de “aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del reino”
 - en el artículo 321 concede a los ayuntamientos la autoridad de la “la policía de salubridad y comida, cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de la beneficencia

1813

- Creación de la Junta Suprema de Sanidad, y de las juntas provinciales y municipales
 - Decreto con el que se inicia el proceso de desamortización de la Iglesia

1814

- “Reglamento General de Sanidad”, presentado por la Junta Suprema de Sanidad en 1814

1820

- “Proyecto de Ley Sanitaria”: no llega a entrar en vigor.
 - nuevo decreto el 27 de septiembre, mediante el que se suprimían todas las posibles vinculaciones y se prohibía a las comunidades religiosas la adquisición de bienes o inmuebles en todas las provincias de la Monarquía.

1821

- “Proyecto de Ley Orgánica de sanidad pública de la monarquía española”: no llega a entrar en vigor

1822

- “Proyecto de Ley Orgánica de sanidad pública de la monarquía española”: no llega a entrar en vigor. Este proyecto se elaboró y se remitió a las Cortes en enero de 1822, dando lugar al “Proyecto de Reglamento General de Sanidad”, que fue desechado en este primer intento y que dio lugar al nuevo texto “Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía española”
 - Ley General de Beneficencia: Juntas Municipales de Beneficencia y Diputaciones Provinciales como principales órganos reguladores.

1823

- todas estas medidas desamortizadoras son anuladas en 1823, al final el trienio liberal, devolviéndose todos los bienes a los centros religiosos.

1827

- Real Decreto de 16 de junio de 1827, por el que Fernando VII aprueba el “Reglamento para el régimen científico, económico e interior de los Colegios de Medicina y Cirugía y para el gobierno de los profesores que ejerzan estas antes de curar en todo el reino”.

1835

- Se vuelve a restablecer la derogada normativa desamortizadora. Los bienes de la iglesia son requisados y vendidos

1839

- la reina regente doña Cristina, ordena un nuevo proyecto de “Ley Orgánica de Sanidad”, remitido y redactado por la Junta Suprema de sanidad, pero en esta ocasión no son las observaciones y propuestas de rectificaciones de la norma la que la deja sin ver la luz, sino que son los acontecimientos políticos de 1840 con la renuncia obligada y el correspondiente exilio de Maria Cristina de Borbón, los que hicieron fracasar este intento incluso antes de ver la luz.

1840-47

- La Junta Suprema asume en 1840 el gobierno y administración de los asuntos de sanidad hasta que desaparece en 1847

1847

- “Real Decreto Orgánico de Sanidad”:
 - Ministerio de Gobernación como única autoridad sanitaria centralizada
 - Dirección General de Sanidad como órgano administrativo responsable en materia de sanidad, bajo el control del Ministerio de Gobernación
 - Nuevos órganos consultivos de apoyo con profesionales sanitarios

1847	→	<p>- Reglamento del Consejo y juntas de sanidad”,</p>
1849	→	<p>- Ley General de Beneficencia y Sanidad (sustituye a la de 1822). Creación de la Dirección General de Beneficencia, dependiente del Ministerio de Gobernación.</p>
1852	→	<p>-Real Decreto de 14 de mayo que aprueba el Reglamento que desarrolla la Ley de 1849: *control de la Beneficencia → Ministerio de Gobernación . *dirección de la Beneficencia → Junta General de Beneficencia: ámbito estatal *establecimientos de beneficencia provinciales → Hospitales de Enfermos, las Casas de Misericordia, de Maternidad y Expósitos y las de Huérfanos y Desamparados *establecimientos de beneficencia municipales → Casas de Refugio y hospitalidad pasajera y la Beneficencia domiciliaria</p>
1855	→	<p>Ley General de Sanidad: Mantiene las antiguas estructuras: Ministerio de Sanidad como máxima autoridad sanitaria. Dirección General de Sanidad como órgano administrativo y consultivo. Real Consejo de Sanidad como órgano asesor. Jefes provinciales: órgano administrativo y autoridad en materia de sanidad de la provincia. Juntas provinciales como asesoras de los jefes provinciales. Nueva figura: Secretario del consejo de Sanidad: facultativo nombrado por el Gobierno</p>
1885	→	<p>-Real Decreto de Instrucción de 27 de enero de 1885. Establece como instituciones benéficas “aquellos establecimientos o asociaciones permanentes destinados a la satisfacción gratuita de necesidades intelectuales y físicas”:escuelas, colegios, hospitales, casas de maternidad, hospicios, asilos, manicomios, expósitos y montes de piedad; patronatos, memorias, legados y causas Pías.</p>
1899	→	<p>-Real Decreto de 14 de marzo de 1899, en el que se reorganizan los servicios de la beneficencia particular y se dan instrucciones para el ejercicio del protectorado por parte del Gobierno</p>

ANEXO 3- Manual para el uso de practicantes

Autor: Doctor D. José Calvo y Martín. Catedrático de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Año: 1866.

(Dedicatoria del Manual)

A LOS PRACTICANTES

“Nada más grave y trascendental que las intrusiones en medicina. Los practicantes deben evitarlas siempre y limitarse a servir con acierto y diligencia lo que se les ordena: que también hay gloria para el arte sencillo. Cada cual en su esfera de acción puede ser útil a la humanidad doliente”

CAPÍTULO PRIMERO

“De las obligaciones o funciones del practicante como enfermero”

Estas funciones consisten en cuidar a los enfermos, administráales con inteligencia lo prescrito por el médico, y velar porque se cumplan con exactitud las reglas higiénicas en la habitación de los enfermos.

Para evitar el contagio de las enfermedades graves y epidémicas, el enfermero debe lavarse las manos y cara con agua ligeramente aromatizada; verterá cortas cantidades de alcanfor en polvo sobre su vestido, y si tuviese alguna escoriación en las manos, las cubrirá con cerato para evitar la inoculación de los virus. Para neutralizar los efectos de la aspiración de las emanaciones que desprenden los enfermos y sea cumulan en sus dormitorios, saldrá de cuando en cuando para respirar el aire exterior.

Penetrado el practicante de la importancia de su misión al lado de los enfermos, procurará agradecerles, ganando su confianza con dulzura, y soportando con paciencia los caprichos y malgenio, que con frecuencia ocasionan las enfermedades y el dolor. Siempre sostendrá la esperanza del enfermo, dirigiéndole palabras de consuelo.

CONTENIDOS:

- Dormitorio de los enfermos
- Vestido del enfermo
- Cama

- Cambio de sábanas
- Cambio de cama y camisa
- Sudores
- Materias fecales
- Orinas
- Vómitos
- Tos
- Esputos
- Sueño
- Delirio
- Administración de medicamentos
- Tisanas
- Pociones
- Vomitivos
- Purgantes
- Polvos
- Píldoras
- Enemas, supositorios o calas
- Fomentos
- Cataplasmas
- Sinapismos
- Unturas y fricciones
- Baño general
- Baño de asiento
- Maniluvios y pediluvios
- Lociones y lavatorios
- Irrigaciones, afusiones y aspersiones
- Parches
- Colirios
- Gargarismos, colutorios e hispación

CAPITULO SEGUNDO

- Anatomía exterior
- Cabeza y sus regiones
- Cuellos y sus regiones
- Tronco y sus regiones
- Caderas y sus regiones
- Miembros superiores-División
- Miembros inferiores-División

CAPÍTULO TERCERO

- Nociones elementales de los apósitos
- Hilas
- Variedades de hilas
- Mecha, planchuela, tortas, lechino, pincel, tapones, torunda, bolas y pelota
- Subcedáneos
- Compresas
- Hilos y cordonetes
- Esparadrapo
- Tiras aglutinantes
- Vendoletes
- Vendas
- Vendas simples. Su división
- Vendas compuestas
- Aplicación de las piezas de apósito
- Modo de arrellar la venda
- Aplicación de la venda en un globo y en dos
- Aplicación de nudos
- Lazos de extensión

CAPITULO CUARTO

- De los vendajes
- División
- Descripción de cada género
- Definición de cada especie
- De los vendajes por regiones: Cabeza
- Vendajes simples
- Vendajes compuestos
- Vendajes hendidos
- Circular
- Monóculo
- Binóculo
- Cruzado contentivo de la mandíbula. Cabestro
- Cruzado contentivo de la cabeza y cuello
- Anudado compresivo
- Circular ancho de los ojos
- T contentivo de la cabeza y orejas
- T doble de nariz
- Cruz de la cabeza
- Fronda de seis cabos
- Fronda de la barba
- Fronda de la cara
- Fronda de la nuca

- Bolsa de nariz
- Región del tronco
- Vendajes simples
- Vendajes compuestos
- Vendajes hendidos
- Circular ancho contentivo o vendaje de cuerpo
- Oblicuo contentivo de cuello y axila
- Espiral contentivo de pecho
- Ocho contentivo de cuello y axila
- Ocho contentivo de hombro y axila
- Ocho anterior y posterior de la espalda y pecho
- Cruzado posterior de la cabeza y nuca
- Cruzado contentivo compresivo de una mama
- Cruzado id. de las dos mamas
- Cruzado compresivo de una ingle y de las dos
- T doble contentivo de pecho, o vendaje de cuerpo con tirantes
- T de ano
- T de la ingle o inguinal
- Fronda de la axila
- Fronda de una mama
- Fronda de la cadera
- Bolsa de escroto suspensorio
- Vendajes de los miembros superiores
- Vendajes simples
- Vendajes compuestos hendidos y charpas
- Circular de un dedo, antebrazo y brazo
- Circula de la sangría
- Espiral de un dedo
- Espiral del antebrazo y brazo. Vendaje de Theden
- Ocho anterior y posterior de la muñeca y mano
- Ocho compresivo de la flexura del brazo. Vendaje de la sangría.
- T doble, simple y triple de la mano
- T perforado de la mano
- Fronda de la mano
- Rectángulo del brazo y antebrazo
- Charpas
- Vendajes de la extremidad inferior
- Vendajes simples, compuestos y hendidos
- Circular del pie
- Triángulo tibial
- Espiral separado
- Arrollado de Theden que comprende todos los espirales
- Ocho de pie y pierna, estribo

- Frondas

CAPÍTULO QUINTO

- Nociones de cirugía menor
- Sanguijuelas
- Caída de las sanguijuelas
- Medios para detener la hemorragia
- Flebotomía
- Lancetas
- Sangría de las venas del brazo
- Accidentes de la sangría
- Sangría de la frontal y sub-lingual
- Sangría de la yugular externa
- Sangría de la dorsal del pene
- Sangría de la mano
- Sangría del pie
- Arteriotomía
- Sajas
- Ventosas
- Ventosas escarificadas
- Exutorios
- Vejigatorio
- Fontículo
- Sedal
- Mexa
- Vacunación
- Punción del lóbulo de la oreja
- Cáusticos y cauterio
- Reglas para ejecutar las curas

CAPÍTULO SEXTO

- Nociones del dentista
- Dientes
- Dientes incisivos
- Dientes caninos
- Dientes molares
- Dientes de leche
- Orden de salida
- Distinción entre los de leche y los permanentes
- Generación y estructura de los dientes

- Odomtopatía
- Enfermedades del marfil
- Odontalgia
- Vacilación y dislocación
- Fractura
- Avulsión de los dientes
- Extracción de los incisivos
- Extracción de caninos
- Extracción de molares pequeños y grandes
- Extracción de raigones
- Limadura de los dientes
- Modo de limpiarlos
- Modo de emplomarlos

CAPÍTULO SÉPTIMO

- De los callos de los pies
- Curación
- Escisión
- Extirpación
- Tópicos medicinales

Fuente: “Manual para el uso de Practicantes” . D. José Calvo y Martín. 1866. Madrid. Imprenta Nacional

ANEXO 4- Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. 1861

(Archivo Histórico Universidad de Valencia Caja 670, 1861). Transcripción del texto original.

El Excmo. Ser Ministro de fomento me dice de Real orden, con esta fecha, lo siguiente:

Ilmo. Sr: En cumplimiento de los artículos 40 y 41 de la ley 9 de septiembre de 1857, y con presencia de lo informado por el Real consejo de Instrucción pública, S.M. la REINA (Q.D.G) se ha servido aprobar el siguiente
REGLAMENTO PARA LA ENSEÑANZA DE PRACTICANTES Y MATRONAS.

TITULO PRIMERO

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DONDE SE AUTORIZA LA ENSEÑANZA, GOBIERNO DE ESTA Y PROFESORES QUE LA
HAN DE DAR

CAPÍTULO I

De los establecimientos y su designación.

Artículo 1º. La enseñanza de Practicantes y de Matronas o Parteras se autoriza únicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid.

Podrán dar la de Practicantes todos los hospitales públicos, ya sean provinciales, municipales o de otra clase cualquiera, en las poblaciones expresadas, siempre que tales establecimientos no baje de 60 camas, habitualmente ocupadas por más de 40 enfermos.

En las mismas poblaciones podrán dar la enseñanza de Parteras o Matronas las casas de Maternidad o los hospitales donde haya sala de partos.

Artículo 2º. Los establecimientos en que se deban hacer los estudios, así de Practicantes como de Matronas, serán previa y necesariamente designados al efecto por los Rectores de los respectivos distritos universitarios.

Artículo 3º. En el día 1º de Septiembre y Marzo de cada año anunciarán los Rectores, por medio de los Boletines oficiales de las provincias de su distrito, cuáles son los establecimientos habilitados en ellas para la enseñanza de Practicantes y Matronas, expresando que reúnen todos los requisitos y circunstancias prevenidos.

Artículo 4º. Los estudios hechos fuera de los establecimientos previamente señalados por los Rectores no tendrán validez.

CAPÍTULO II

Del gobierno de los establecimientos en lo relativo a la enseñanza.

Artículo 5º. Únicamente por lo respectivo á la enseñanza, los Rectores de las Universidades Literarias son Jefes en los hospitales casas de Maternidad de su distrito. Bajo este concepto les corresponden las atribuciones siguientes:

- 1.ª Cumplir hacer que se cumplan las leyes, decretos y demás órdenes superiores.
- 2.ª Autorizar los establecimientos en que se hayan de seguir los estudios para Practicantes y Matronas.
- 3.ª Designar los Profesores que han de dar esta especial enseñanza, tomando previamente cuantos informes y noticias estimen oportuno.
- 4.ª Velar por el aprovechamiento é instrucción de los discípulos, inspeccionando por sí mismos ó por delegados las clases cuando lo crean convenientemente.
- 5.ª Dispensar por justas causas una tercera parte de faltas de asistencia de los alumnos, oyendo siempre al Profesor.
- 6.ª Dirigir con su informe á la Superioridad las instancias que eleven los alumnos, mientras no se pretenda en ellas cosa contraria á las leyes y reglamentos vigentes, y con especialidad a lo que en este se dispone.
- 7.ª Ejercer las demás atribuciones que el presente Reglamento les confiere.

CAPÍTULO III

De los Profesores

Artículo 6º. El nombramiento de Profesor para la enseñanza especial de Practicantes ha de recaer en los facultativos primeros o segundos de los hospitales, prefiriéndose al que esté encargado de la parte quirúrgica.

Artículo 7º. La designación de Profesor y Maestro de Parteras o Matronas se ha de hacer precisamente en los facultativos titulares de las casas de Maternidad o de los hospitales donde haya sala de partos.

Artículo 8º. Los facultativos de los hospitales, salas de partos y casas de Maternidad que hayan de instruir a los Practicantes y Matronas, deberán obtener autorización previa de los Rectores de los distritos universitarios respectivos.

Los profesores cumplirán puntualmente las obligaciones que se les imponen por los artículos 23,30, 32 y 33;

Adoptarán todas las medidas que juzguen necesarias para asegurarse de la asistencia, aplicación y aptitud de los alumnos;

Y percibirán de cada uno de sus discípulos la retribución mensual de 20 rs.

Artículo 9º. En los casos de ausencia ó enfermedad del facultativo titular del establecimiento, la persona que le sustituya en el cargo, desempeñará asimismo desde luego la enseñanza, poniéndolo en conocimiento del Rector.

CAPÍTULO IV

De los libros de registro que deben llevarse en las Secretarías de las Universidades por lo relativo a esta enseñanza.

Artículo 10. En las Secretarías de las Universidades literarias donde hay facultad de Medicina se llevarán los libros especiales siguientes:

1º. Un libro en que por orden riguroso de fechas se vayan anotando las designaciones que de establecimientos para la enseñanza de Practicantes y Matronas hagan los Rectores;

Las condiciones y circunstancias de estos locales y que reúnen todas las prescritas en los artículos 1º y 2º;

Las autorizaciones que para dar la enseñanza se concedan a los facultativos de los hospitales, salas de partos y casas de Maternidad;

Y cuando observen y estimen digno de reparto y enmienda los Rectores o sus delegados en las visitas.

2º. Otro libro aparte en que se haga constar:

El nombre y apellidos paterno y materno de los discípulos de ambas clases : su edad, padres, pueblo de su naturaleza, y provincia en que se halla enclavado;

El establecimiento y Profesor donde y con quien estudien;

La circunstancia de ir ganando cada semestre o tener que repetir alguno;

Y el día en que hagan el ejercicio de reválida y la calificación que en él obtengan.

Y 3º. Un registro donde se tome razón de los títulos de Practicantes y Matronas.

Artículo 11. Los Secretarios generales de las Universidades literarias son responsables, así de cualquier falta u omisión que resulte en los libros, como en lo que se les previenen por este Reglamento.

TITULO SEGUNDO

DE LA ENSEÑANZA

CAPITULO I

Del principio, duración y modo de hacer los estudios.

Artículo 12. Los estudios que habilitan para la profesión de Practicantes y Parteras o Matronas se harán en cuatro semestres a lo menos, comenzando a contarse éstos desde el día 1º de Octubre.

Las lecciones serán diarias, y durarán hora y media.

Artículo 13. Los discípulos de ambas clases emplearán el primer semestre en adquirir ideas y nociones preliminares; los dos siguientes en desarrollarlas por medio de oportunos estudios teórico-prácticos; y el cuarto y último en compendiar y perfeccionar todos los conocimientos anteriores.

Artículo 14. La enseñanza de Parteras o Matronas se dará a puerta cerrada y en horas distintas de la de Practicantes.

CAPÍTULO II

De los estudios necesarios para obtener título de Practicante

Artículo 15. Para aspirar al título de Practicante se necesita haber cursado y probado las siguientes materias teórico-prácticas:

1.º Nociones de la anatomía exterior del cuerpo humano, y con especialidad de las extremidades y de las mandíbulas.

2.º Arte de los vendajes y apósitos mas sencillos y comunes en las operaciones menores, y medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en estas pueden ocurrir.

3.º Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas.

4.º Modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios.

5.º Vacunación, perforación de las orejas, excarificaciones, ventosas y manera de sajarlas.

6.º Sangrías generales y locales.

7.º Arte del dentista y del callista.

Artículo 16. La práctica en estos estudios será simultánea con la enseñanza teórica, y bajo la dirección del mismo Profesor.

El discípulo, para ser admitido al ejercicio de reválida, presentará certificaciones del Director del establecimiento, expresiva de haber desempeñado allí el servicio de practicantes a satisfacción de los Jefes, y en calidad de aparatista ó de ayudante de aparato.

CAPÍTULO III

De los estudios necesarios para aspirar al título de Partera o Matrona

Artículo 17. Para aspirar al título de Partera o Matrona se necesita haber ganado y probado las materias teórico-prácticas siguientes:

1.º Nociones de obstetricia, especialmente de su parte anatómica y fisiológica.

2.º Fenómenos del parto y sobreparto naturales, y señales que los distinguen de los preternaturales y laboriosos.

3.º Preceptos y reglas para asistir a las parturientas y paridas, y a los niños recién nacidos, en todos los casos que no salgan del estado normal o fisiológico.

4.º Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfíticas o apopléticas.

Y 5.º Manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida.

Artículo 18. La práctica en estos estudios será simultánea con la enseñanza teórica, y bajo la dirección del mismo profesor.

TITULO TERCERO

DE LOS ALUMNOS

CAPÍTULO I

De las cualidades necesarias para ser admitido a matrícula.

Artículo 19. Para ser inscrito en la matrícula de Practicantes se requiere:

1.º Haber cumplido diez y seis años de edad.

2.º Ser aprobado en un examen especial de las materias que comprende la primera enseñanza elemental completa.

Este examen habrá de verificarse en la Escuela Normal de maestros, ante dos Profesores y el Regente de la Escuela práctica.

Artículo 20. Para ser admitido a la matrícula de Parteras o Matronas es necesario:

1.º Haber cumplido veinte años de edad.

2.º Ser casada o viuda.

Las casadas presentarán licencia de sus maridos, autorizándolas para seguir estos estudios; y unas y otras justificarán buena vida y costumbres para certificación de sus respectivos párrocos.

3.º Haber recibido con aprovechamiento la primera enseñanza elemental completa.

Esto se comprobará por medio de un examen que se hará en la Escuela Normal de maestras, componiendo el tribunal la Directora, la Regente y uno de los Profesores auxiliares.

Artículo 21. Todos los requisitos que se exigen para poderse inscribir en la matrícula de Practicantes y Matronas, habrán de acreditarse en forma legal.

CAPÍTULO II

De la matrícula

Artículo 22. La matrícula para la enseñanza de Practicantes y Parteras o Matronas se hará por semestres, y precisamente en la Secretaría de la respectiva Universidad literaria.

Quince días antes que se abra, la anunciarán con la especificación debida los Rectores en los Boletines oficiales de las provincias de su distrito universitario. Estará abierta desde el 15 al 30 de Setiembre, y desde el 16 al 31 de Marzo, inclusive.

Artículo 23. Los aspirantes se podrán matricular por si o por medio de encargado.

Para ser inscritos en la matrícula han de presentar los documentos que justifiquen todos los requisitos exigidos por los artículos 19 y 20 respectivamente y del modo que en el 21 se previene.

Para pasar de un semestre a otro es indispensable además hallarse comprendidos como aptos en las listas que los respectivos Profesores deberán remitir al Rector de la Universidad tres días antes que se abra la matrícula.

Artículo 24. Los derechos de matrícula por cada semestre serán 20 rs.vn.

Artículo 25. En el acto de la matrícula el discípulo recibirá de la Secretaría de la Universidad una cédula donde aparezca el número de orden que ocupa en la lista de inscritos, el semestre que va a cursar, el punto donde ha de hacer los estudios y el Profesor que ha de instruirle.

Artículo 26. En los días 3 de Octubre y 3 de Abril los Secretarios generales de las Universidades pasarán a los respectivos Profesores un estado de los alumnos a quienes han de dar la enseñanza durante el semestre que comienza.

Artículo 27. En los días 5 de Octubre y 5 de Abril los Rectores de las Universidades remitirán a la Dirección general de Instrucción pública:

1.º Un estado expresivo del establecimiento o establecimientos en que se halle autorizada la enseñanza de Practicantes y Matronas, condiciones y circunstancias de estos locales, y Profesores habilitados para la instrucción de los discípulos.

2.º Listas de los alumnos de ambas clases matriculados para el nuevo semestre, con expresión de sus nombres y apellidos paterno y materno, edad, pueblos de su naturales, punto en que cursan y Profesor que los instruye.

Artículo 28. Respecto a los anuncios de matrícula, prórroga para inscribirse en ella, y traslación del alumno de un establecimiento a otro, se estará a lo dispuesto en los artículos 124, 125, párrafo 1º, del 130, 131 y 132 del reglamento de las Universidades del Reino, aprobado por S.M en 22 de Mayo de 1859.

CAPITULO III

Obligaciones de los alumnos

Artículo 29. Todos los alumnos tienen obligación de asistir puntualmente a las clases, y de guardar en ellas atención y compostura.

Artículo 30. Los Profesores anotarán las faltas de asistencia que cometan los discípulos, borrando de la lista a los que cumplan 20 voluntarias o 40 involuntarias, y poniéndolo en conocimiento del Rector.

Cuando el discípulo borrado de la lista por faltas de asistencia pretenda que se las dispense el Rector haciendo uso de la atribución 5ª del art. 5º, lo solicitará en el término de ocho días, contados desde el que le hizo saber su exclusión el Profesor. Por conducto de este y con su informe dirigirá la instancia.

Artículo 31. Se prohíbe a los discípulos dirigirse colectivamente a sus superiores de palabra o por escrito.

CAPÍTULO IV

De los exámenes de semestre y de reválida

Artículo 32. Emplearán los Profesores los primeros días de los meses de Setiembre y Marzo en probar la aptitud y aprovechamiento de sus discípulos, bien por medio de preguntas o de conferencias, bien por ejercicios prácticos, según lo estimen oportuno.

Artículo 33. En vista de los resultados que ofrezcan tales pruebas y del juicio que formen los Profesores, remitirán estos en los días 12 de Setiembre y 13 de Marzo al Rector de la Universidad literaria una lista, así de los discípulos que pueden ser admitidos a la matrícula del semestre siguiente, como de los que necesitan repetir el que han cursado.

Artículo 34. Los discípulos que cursen y prueben los cuatro semestres exigidos para aspirar, ya al título de Practicantes, ya al de Parteras o Matronas, serán admitidos al examen de reválida y habilitación.

Artículo 35. Los ejercicios de reválida y habilitación se verificarán precisamente en la Universidad donde radique la matrícula del discípulo al terminar el cuarto y último semestre.

Artículo 36. Los alumnos satisfarán 60 rs. Por derechos de reválida y habitación.

Artículo 37. En la instrucción de los expedientes de examen, constitución de tribunales, señalamiento de ejercicios, turno y forma de ellos, votaciones y actas, se observará lo dispuesto en el párrafo 1º, art. 184, y en los artículos 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192 y 193 del reglamento de las Universidades del Reino, aprobado por S.M. en 22 de mayo de 1859.

Artículo 38. El tribunal para el examen de reválida de habilitación de Practicantes y Matronas se compondrá de tres Catedráticos. Uno de ellos podrá ser supernumerario.

Artículo 39. Durará el ejercicio una hora; será teórico-práctico; y versará sobre todas y cada una de las materias objeto de los respectivos estudios.

Artículo 40. Los exámenes de los Practicantes serán públicos; pero los de las Matronas reservados.

Artículo 41. En estos ejercicios no recaerá otra calificación que la de aprobado o la de reprobado.

Artículo 42. Cuando se repruebe a un alumno, el tribunal de examen le señalará el tiempo de estudio que ha e repetir, el cual no podrá bajar de un semestre ni exceder de dos. Asimismo le indicará las materias en cuyo repaso debe ocuparse según los resultados que el examen haya ofrecido.

El alumno reprobado perderá los derechos del examen de reválida y habilitación.

Artículo 43. No podrá el alumno reprobado en una Universidad presentarse en otra sin autorización del Rector de aquella en la que se le reprobó; y la autorización sólo se concederá en virtud de justa causa.

Artículo 44. Aprobado que sea el alumno, satisfará los 800 rs. Que se hallan establecidos por la tarifa adjunta a la ley vigente, y además 52 rs. Por derechos de sello y expedición de título. El pago se verificará en papel de reintegro.

Artículo 45. Cuando obtenga del Rector un alumno la gracia de pagar en tres plazos los derechos de su título, o cuando pida certificación del ejercicio de reválida, se estará puntualmente a lo dispuesto en los artículos 196 y 197 del ya citado reglamento de Universidades.

Artículo 46. Aprobado el examinando y pagados los derechos que señala el art. 44, o concedida autorización para satisfacerlos a plazos, el Rector remitirá el acta a la Dirección general de Instrucción pública para que expida el correspondiente título.

El acta deberá acompañar la parte inferior del papel de reintegro que acredite haber pagado el aspirante los derechos de título, sello y expedición; expresando en ella bajo su firma el interesado que ha recibido y conserva la parte superior del papel.

Cuando tenga lugar el depósito a plazos, se habrá de remitir con el acta copia literal de la orden concediendo tal gracia, y además en papel de reintegro los 52 rs. Pertencientes a los derechos de sello y expedición.

Artículo 47. Constará en el acta el nombre y apellidos paterno y materno del interesado, su edad, el pueblo de su naturaleza, la provincia a que corresponde, la fecha del examen de reválida y la calificación que de él hicieron los jueces.

Firmarán el acta el Presidente y Secretario del tribunal de examen, y en ella pondrá su firma el examinando.

Además en este documento certificará el Secretario general de la Universidad que el aspirante tienen ganados todos los semestres exigidos para obtener el título que solicita, y especificará la época, lugar y forma en que se hicieron los estudios.

CAPITULO IV

De los títulos de Practicantes y Matronas

Artículo 48. El Director general de Instrucción pública expedirá los títulos de Practicantes y de Parteras o Matronas.

Artículo 49. El título de Practicante sólo autoriza para ejercer la parte meramente mecánica y subalterna de la cirugía, en conformidad a los estudios prescritos en el art. 15.

Artículo 50. El título de Partera o Matrona autoriza para asistir a los partos y sobrepartos naturales, pero no a los preternaturales y laboriosos; pues tan pronto como el parte o sobreparto deje de mostrarse natural, las Matronas deben llamar sin pérdida de tiempo a un Profesor que tenga la autorización debida para ejercer este ramo de la ciencia. Sin embargo, como meros auxiliares de los facultativos, podrán continuar asistiendo a las embarazadas, parturientas y paridas.

Artículo 51. Quedan derogadas todas las disposiciones que se opongan a lo mandado por este reglamento.

DISPOSICIÓN TRASITORIA

Los Rectores anunciarán inmediatamente la matrícula de Practicantes y Parteras o Matronas, y se hallará abierta en este año hasta el 15 del próximo mes de Diciembre.

Y lo traslado a V. para su conocimiento y efectos oportunos.

Dios guarde a V. muchos años. Madrid 21 de Noviembre de 1861.

El Director general

Pedro Sabau

ANEXO 5: Cronología histórica de la enfermería española y valenciana.

580 : el Obispo Masona (571- 606) funda en Mérida (Badajoz), un xenodoquio, primer hospital español del que actualmente se tiene noticias. En él ya se encuentran datos y referencias a la labor de enfermería.

620: se publican las Etimologías de San Isidoro, Obispo de Sevilla. Recopila en veinte tomos todo el saber de su época. A la Medicina le dedica los tomos cuarto y undécimo. En ellos se aprecian apuntes de funciones de enfermería.

1000 : comienza a funcionar el Hospital de San Miguel de Pamplona y en él se describen las figuras del Padre Canónigo Hospitalario y del Padre Canónigo Enfermero.

1127: en Roncesvalles (Navarra) aparece la figura del Canónigo Enfermero.

1128: se recoge la función de hospitalera en un texto referente a los distintos puestos de trabajo en el Hospital de Dios Padre, de Burgos.

1242: aparecen recogidos los primeros estatutos de los barberos de Montpellier (entonces bajo la Corona de Aragón hasta 1348) que regula el ejercicio de su oficio.

1310: la Cofradía de Barberos y Cirujanos de la ciudad de Valencia presenta sus primeros estatutos ante el Rey. El examen de los candidatos constará de una prueba de carácter teórico y otro práctico.

1371: Leyes de Toro: momento en que se dictan las primeras reglamentaciones sobre profesiones sanitarias, obligando a ejercer en posesión de documentos acreditativos otorgados por la Chancillería Real

1417: en las Ordinacions o Reglamentos del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona aparece claramente la división de enfermería y descrito con minuciosidad el puesto de enfermero.

1428: los cirujanos y barberos obtienen examinadores propios al igual que lo tenían los médicos desde 1329.

1433: los cirujanos y barberos valencianos se agrupan en un único gremio. En este siglo (XV) se constituirán como un grupo profesional dentro de la medicina, aunque no siempre reconocidos.

1455: se crea la Cofradía de Barberos y Cirujanos de Zaragoza; los primeros capítulos de sus reglas datan de unos años más tarde, 1468. Esta Cofradía estuvo bajo la protección y tutela de los Santos Cosme, Damián y Valentino

1477: Pragmática de los Reyes Católicos, regulando el oficio de las matronas a cargo del Protomedicato, encargado de examinarlas, de la misma manera que a otras profesiones sanitarias.

1489: el gremio de Barberos y Cirujanos de Mallorca establece en sus estatutos profesionales las categorías de: mestres, fadrins y mossos. Y atendiendo a sus funciones profesionales en: mestres de botiga, chirurgians y jovens barbers.

1495: nace en Montemor o Novo (Portugal) Juan Ciudad Duarte (San Juan de Dios), fundador de la más universal orden religiosa dedicada a la asistencia de pobres enfermos. Muere el 8 de marzo de 1550.

1500: los Reyes Católicos regulan el ejercicio de los barberos y sangradores:” Mandamos, que los barberos y examinadores mayores de aquí en adelante no consientan ni den lugar, que ningún barbero ni otra persona

alguna pueda poner tienda para sajar ni sangrar, ni echar sanguijuelas ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinada primeramente por los dichos nuestros barberos mayores personalmente”.

1500: se regula el oficio del Proto- Barberato, surgido inicialmente como sección del Proto- Medicato. El Proto- Barberato desapareció por Real Cédula de Carlos III en 1780.

1524: se publican las Constituciones del Hospital de Santiago. Mención especial merece la parte dedicada a la Enfermería.

1540: martes 20 de mayo, nace Bernardino de Obregón en el pueblo burgalés de las Huelgas. Fundador de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, ("conocidos como Hermanos Obregones").

1541: se imprime el manual titulado Libro del Arte de las Comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas, escrito por el doctor mallorquín Damián Carbón i Malferit, dedicado a la instrucción de matronas.

1543: Juan Ciudad (San Juan de Dios), instalado en Granada, funda la Congregación de los Hermanos Hospitalarios.

1550: Camilo de Lelis se consagra al cuidado de los enfermos y funda la orden de los "Ministros de los Enfermos", más conocida por "los Camilos".

1552: el Hermano Antón Martín (de la Orden de San Juan de Dios) establece en la calle de Atocha el Hospital del Amor de Dios, el primer nosocomio de afectos externos que se instala en Madrid, y que posteriormente albergaría una escuela de cirujanos menores y ministrantes.

1558: Felipe II emplea al sanador Francisco de Somovilla para tratar a la familia real con un salario equivalente al que perciben los médicos reales.

1579: en las Cortes Castellanas se votó a favor de la contratación del curandero y salubrista Agustín de Alba, para que éste, en cortas estancias de tiempo por las distintas ciudades del reino, enseñara a los cirujanos sus técnicas de curación.

1625: se imprime Instrucción de Enfermeros, para aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los Médicos, manual de Enfermería realizado por la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (Obregones). Ésta es una segunda edición ampliada por el Hermano Andrés Fernández de otra de 1617.

1618: se edita en Zaragoza, El libro del Parto Humano del doctor Francisco Nuñez, para la enseñanza de comadres y parteras.

1688: 22 de enero, el Tribunal del Proto- Medicato saca una promulgación que regula el ejercicio y las obligaciones de los Cirujanos Romancistas y Sangradores.

1750: el doctor Antonio Medina publica su Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear; la primera edición se edita en Madrid.

1760: en las Ordenanzas de las Constituciones de los Hospitales General y de la Pasión de Madrid, quedan reflejados los puestos de: Enfermero Mayor, Practicante Mayor, Practicante y Barbero. Aparece el oficio de Sangrador como especialidad, ya que para acceder a dicha plaza se ha de ser Practicante.

1767: se observa la exención del servicio militar -a sangradores- en una Real Declaración de Milicias de Carlos III, en la que se dice lo que sigue: «Un sangrador aprobado con el título correspondiente, en pueblo donde por corta vecindad y pobreza no haya cirujano, pero en lo demás no será exento el sangrador y en ninguno los barberos y mancebos, aunque lo sean de cirujano aprobado».

1770: el cirujano donostiarra José Oyanarte publica libro de instrucción de matronas titulado Avisos a las obstétrices o parteras.

1776: propuesta del socio señor Matoni a la Regia Sociedad de Medicina de Sevilla para crear una Academia Pública para instruir Matronas en el Arte obstétrico. Al final la propuesta no llegó a plasmarse.

1804: la Real Cédula de 6 de mayo supone una regularización de la normativa vigente hasta el momento para matronas, sangradores y cirujanos. A través de esta normativa, entre otras titulaciones, se confieren las de cirujano romancista y la de sangrador. Trata de delimitar las competencias profesionales de estas dos figuras: el romancista puede realizar todas las operaciones necesarias en las enfermedades externas, incluida la técnica de la sangría, aunque no podía recetar medicación “interna”. En cuanto al sangrador, heredero de otros profesionales anteriores, debía realizar un examen teórico –práctico, en el que se evaluaban sus conocimientos sobre las arterias y venas, la sangría y las sanguijuelas, las ventosas, el arte de sajar, así como la extracción de dientes y muelas .

1815: Real Orden de 19 de junio de 1815, declaró a los practicantes de los hospitales militares Segundos ayudantes honorarios de cirugía.

1827: unificación de médicos y cirujanos en una sola carrera universitaria

1831: la Real Orden de 20 de agosto posibilitaba a los Sangradores para poder optar a la reválida de Cirujano-Sangrador

1833: se publica el manual *El arte de la Enfermería del Hermano de San Juan de Dios*, Jesús Bueno González.

1836: los Cirujanos-Sangradores cambian su nombres por el de Cirujanos de Tercera Clase

1843: el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona saca a convocatoria varias plazas a cubrir, entre ellas figura la de Enfermero Mayor.

1843: se unifica la medicina y la cirugía, al tiempo que se creó una nueva profesión sanitaria denominada “Práctica en el arte de curar”. Los profesionales de estos nuevos estudios estaban autorizados para ejercer la Cirugía Menor, la atención a los partos y la Medicina elemental. Fundamentalmente desarrollaban su labor en zonas rurales y pequeños pueblos donde no podían ser atendidos por un médico-cirujano. Los “Prácticos en el arte de curar” venía a sustituir a los Cirujanos de Tercera Clase.

1845,: el 25 de octubre, por Real Orden, se convalidan todos los títulos de Matronas expedidos por el Proto-Medicato de Navarra antes de 1844.

1845: se aprueba en España un nuevo Plan General de Estudios, el cual suprime los Colegios de Prácticos en el arte de curar; dedica el Capítulo III a la organización de los estudios de Medicina .

1846: el 29 de junio, se dicta el Reglamento para ejercer la cirugía menor o ministrante. En este Reglamento se establecían las condiciones que debían reunir quienes aspirasen a que se les concediera la autorización necesaria para ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante. También se contempla un sistema de convalidación de los títulos anteriores de Sangrador por el nuevo que regula la citada norma. La titulación que se otorga es la de Sangrador.

1847: Real Orden de 1 de marzo, regula dos titulaciones diferentes al mismo tiempo: la de Sangrador y la Cirujano Menor o Ministrante. Por un lado se establecen las condiciones que debían reunir y observar los profesores que se dedicaban a la enseñanza privada de la Flebotomía, principal ocupación de los Sangradores, y por otro lado, organizaba las enseñanzas prácticas en los hospitales que debían acreditar a quienes aspiraban al título de Sangrador.

1849: el plan de Juan Bravo Murillo, crea el nuevo título de Facultativo de segunda clase.

1850: Manuel Seijas Lozano saca otro plan de estudios en el que mantiene el título de Facultativo de segunda clase y el de ministrante

1857: el 10 de septiembre, aparece publicada la Ley de Instrucción Pública, que regula la enseñanza de Practicantes y Matronas, suprimiendo la enseñanza de cirugía menor o ministrante hasta entonces en vigor. Anuncia que un posterior reglamento determinará los conocimientos que deben poseer los que aspiren al título de practicante.

Con esta Ley, se crea la Carrera de Practicante como Enseñanza Libre, a los que se atribuyen tres funciones fundamentales que se califican como “Artes” en sus planes de estudios:

-callistas

-dentistas

- asistentes a partos

1860: el 26 de junio y en 1861, el 21 de noviembre: se publican dos Reales Ordenes en las que se corrobora que los practicantes son los ejercitantes subalternos de la cirugía.

1861: se publica el primer Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. En estos reglamentos se regula todo lo relacionado con las profesiones de practicante y matrona. El practicante será el que sustituya al

cirujano menor y el barbero al sangrador. La Matrona la encargada de asistir al parto, dar los primeros y urgentes auxilios al recién nacido así como administrar el agua de socorro (bautismo)

1866: el 7 de noviembre, se suprime la carrera de Practicante y se crea la de Facultativos habilitados de Segunda Clase, que prestan asistencia médica y quirúrgica. El ministro Manuel Orovio publica un nuevo plan de estudios, suprimiendo la posibilidad de matricularse de los estudios de practicante y reintroduce nuevamente el título de facultativo de segunda clase, que se alcanza con la culminación de los cuatro primeros años de la carrera de medicina.

1868: el jueves 22 de octubre, se derogan los decretos de 7 de noviembre de 1866 y se restablece el título de Practicante, tal como habilitaba el Reglamento de 1861.

1875: abre sus puertas en Madrid el Colegio Español de Dentistas y el ministro Orovio firma un Real Decreto creando el título de cirujano dentista. Con esta normativa se va perfilando la pérdida de esta técnica por parte de los practicantes.

1877: el 7 de octubre, se dispone que los títulos de Practicantes que se expidan en lo sucesivo no habiliten para ejercer el arte de dentista.

1877: la Real Orden de 6 de octubre desposee a la Carrera de Practicantes del ejercicio de dentista, desapareciendo así pues los Practicantes Dentistas, aunque los titulados hasta esa fecha y los que habían iniciado los estudios podrían continuar desempeñando tales funciones.

1880: el Dr Federico Rubio y Galí fundó la primera Escuela de Enfermeras en Madrid. Nos encontramos por primera vez con una estructura reglamentada de los estudios de Enfermería .

1885: el 8 de enero ve la luz pública el primer número de la revista El defensor de los Practicantes.

1886: Orden de 20 de enero, del Ministerio de la Marina. Aparece el Reglamento del Cuerpo de Practicantes de la Armada.

1888: el 18 de noviembre, aparece en la Gaceta de Madrid una nueva Reglamentación de las carreras de Practicante (los antiguos ministrantes) y Matronas. El 16 de noviembre, el ministro José Canalejas reglamentó de nuevo la carrera de practicante y la de matrona. En esta reglamentación se dispone que el practicante está habilitado para el ejercicio de las operaciones comprendidas bajo la denominación de cirugía menor.

1891: el 14 de julio, se promulga en Aranjuez el reglamento Benéfico Sanitario que contempla, que bajo la tutela de los facultativos municipales, los Ayuntamientos sostengan a Ministrantes y Practicantes que desempeñen el servicio de cirugía menor, ateniéndose éstos a sus atribuciones específicas.

1894: se publica la Real Orden de 20 de octubre, que reconoce que las plazas de practicantes de las Casas de Socorro deben ser desempeñadas por los que poseen el título de practicante.

1896: el 19 de noviembre sale a la luz el Reglamento dispone que el servicio de practicantes en los hospitales de la Beneficiencia será desempeñado por alumnos de la Facultad de Medicina, y a falta de éstos, por ministrantes.

1896: se crea la primera Escuela de Enfermeras "Santa Isabel de Hungría" creada por el Dr. Federico Rubio y Gali, en Madrid.

1902: el 5 de abril se publica la reorganización de las enseñanzas de Practicante, en base a lo dispuesto por el R.D. de 26 de abril de 1901 y 31 de enero de 1902.

1903: se crea el Instituto de Reformas Sociales.

1908: aparece el Instituto Nacional de Previsión, que se mantiene hasta la Segunda República.

1913: la Generalitat de Catalunya crea su propia Escuela de Enfermeras.

1915: a petición de la Congregación de Siervas de María, Ministras de los Enfermos, se reconoce legalmente el programa para la enseñanza de la profesión de Enfermera. Un hito en la historia de la Enfermería. A partir de este momento, la profesión se clasifica en : practicantes, matronas y enfermeras.

1917: abril, se crea la segunda escuela de enfermeras del país, la Escuela de Santa Madrona por el Montepío de Santa Madrona en Barcelona. También en ese año de 1917 -aunque no empieza a funcionar hasta dos años más tarde- se constituye la Escuela de Enfermeras Auxiliares de la Mancomunitat de Catalunya.

1923: aparece la Escuela Nacional de Puericultura adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia. Entre sus funciones tiene la de la lucha contra la mortalidad infantil y la proyección docente y científica, encargándose de la educación de los profesionales que habían de intervenir en los problemas de los niños

1924: se crea la Escuela Nacional de Sanidad, durante el primer año de la dictadura de Primo de Rivera, con la función de instruir a los médicos y formar un cuerpo de enfermeras sanitarias y preparar al personal subalterno auxiliar.

1929: el Premio de la Sociedad Española de Higiene va a caer en manos de Nieves González Barrio, enfermera, con un trabajo acerca de la Organización y Reglamentación del Cuerpo e Institución de Enfermeras visitadoras

y acción cultural de las mismas. La autora -ya entonces- solicitaba que debía crearse el título de Enfermera diplomada.

1931: aparece el Consejo Superior Psiquiátrico.

1932: se crea el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica. Posteriormente, con la Orden Ministerial de 16 de Mayo de 1932 aparecen el Título de Practicante Psiquiátrico, Enfermero Psiquiátrico y Enfermera Visitadora de Higiene Mental.

1935: se crea la Escuela Nacional de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública. Es una especialidad dentro de la enfermería cuya principal ocupación es hacer divulgación sanitaria en las casas.

1936: se aprueba el Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad, señalándose como misión del nuevo organismo la enseñanza y formación del cuerpo de Enfermera Visitadoras.

1938: el 24 de mayo se publica en Real Orden la prohibición del ejercicio de la profesión de Enfermeras fuera de los establecimientos asistenciales.

1941: el 22 de mayo se señalan las facultades de la Enfermera y las normas para la obtención del diploma. Unos meses más tarde se aprueba el programa oficial para los ejercicios de enfermeras en las Facultades de Medicina.

1945: se aprueba el Reglamento del Consejo General y el Estatuto de las Profesiones Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios, manteniéndose las tres secciones: Practicantes, Enfermeras y Matronas.

1951: se crea la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas.

1952: Decreto de 27 de junio por el que se unifican los planes de estudios existentes hasta ese momento, esto es, los de Practicantes, Enfermeras y Matronas en uno solo que otorga el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

Esta fusión en una sola carrera implicaba una mayor exigencia en el nivel de estudios previos y también supuso la vinculación de las escuelas a las Facultades de Medicina, así como la aparición de un plan de estudios con contenidos teóricos y prácticos. También llevaba implícito un verdadero desarrollo para las enfermeras, que vieron aumentar sus responsabilidades y competencias en la práctica, asumiendo actividades que en el periodo inmediatamente anterior habían correspondido en exclusiva a los practicantes .

1957: se reconoce la especialidad de Obstetricia. Comienza hasta mediados de la década de los setenta la proliferación de especialidades que hasta un total de nueve irán surgiendo paulatinamente.

1965: el Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios ingresa en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

1977: aparece el R.D. 2128/77 sobre Integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería. El título que otorgan dichas escuelas es el de Diplomado en Enfermería. La primera promoción fue la de 1977-1980.

1978: se redacta el acta de constitución de la “Asociación española de enfermería docente (AEED)” y aparece el “Consejo nacional de enfermeras”, que aglutinó los esfuerzos españoles para integrar a la enfermería en la institución universitaria, canalizándolos a través de los Colegios Provinciales Españoles.

1981: por Orden de 14 de septiembre, se habilitan los títulos para impartir docencia.

1984: se hace pública una resolución de la Secretaría de Estado para las Universidades e Investigación, aprobando la propuesta de la Comisión de las pruebas de idoneidad para acceso al cuerpo de Profesores Titulares de Escuelas Universitarias en el área de Enfermería. Por primera vez, esta disposición permitía a los profesionales de Enfermería ocupar plazas de Profesores Titulares de sus Escuelas Universitarias.

1987: se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. Se crean las Especialidades de Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería. Estas siete nuevas especialidades derogaban a las nueve de ATS y establecían las convalidaciones pertinentes.

1993: por la Orden de 22 de octubre se convocan las pruebas selectivas para el programa de formación de la Especialidad en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), por el sistema M.I.R.

(Martín Conty, 2015)

15- TABLAS Y FIGURAS

Capítulo 1. Evolución de los cuidados.

Tabla 1: Prehistoria.

Tabla 2: Edad Antigua.

Tabla 3: Evolución de los cuidados.

Tabla 4: Cambios de denominación en los profesionales encargados de los cuidados enfermeros: Edad Moderna y siglo XX.

Capítulo 2. Siglo XIX. Contexto socio-político y su repercusión en la atención sanitaria.

Tabla 5: Invasión Napoleónica y Guerra de la Independencia. Principales acontecimientos históricos y sanitarios.

Tabla 6: Periodo Absolutista. Principales acontecimientos históricos y sanitarios.

Tabla 7: Periodo Liberal. Principales acontecimientos históricos y sanitarios.

Capítulo 3: Instituciones sanitarias del siglo XIX.

Tabla 8: Instituciones sanitarias del siglo XIX.

Tabla 9. Instituciones y establecimientos públicos de beneficencia en el siglo XIX. (Vallejo Pousada, 2008)

Tabla 10: Principales normas que regula la Beneficencia del Siglo XIX

Imagen 1: La Casa de la Diputación. Siglo XIX (Martínez Aloy, 1909). Sede del actual Gobierno Valenciano

Capítulo 4: Organización de la asistencia sanitaria en Valencia en la segunda mitad del siglo XIX.

Tabla 11: Principales Hospitales de la ciudad de Valencia y su función asistencial.

Tabla 12: Reglamentos y Memorias de la Casa de la Misericordia (Archivo de la Diputación de Valencia)

Tabla 13: Referencias encontradas de los Profesionales encargados de la asistencia a los acogidos en la Casa de la Beneficencia de Valencia. Siglo XIX. Fuente: Archivo de la Diputación de Valencia. Caja D.1.7.

Tabla 14: Reglamentos del Manicomio del Hospital Provincial de Valencia. 1845 y 1884. Archivo de la Diputación de Valencia. Caja D.2.4.1

Tabla 15: Figuras relacionadas con el cuidado de los pacientes en los diferentes Reglamentos y manuscritos del Hospital General de Valencia

Capítulo 5: Organización y regulación legislativa de las profesiones sanitarias en el siglo XIX.

Figuras 2 y 3: Manuscrito 1884. Archivo Histórico Universidad de Valencia. Caja 670

Figuras 4 y 5: Boletín Oficial. Comunicación oficial del periodo de matrícula. Archivo Histórico Universidad de Valencia. Caja 670

Tabla 16: Resumen Normativa siglo XIX que regula las profesiones sanitarias.