

## SUMARIO

## EDITORIAL

SIN CONOCIMIENTO HISTÓRICO NO HAY IDENTIDAD, NO HAY PROGRESO,  
NO HAY PROFESIÓN ENFERMERA

María Luz Fernández Fernández

## HISTORIA

EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA (VULGO DE SAN JUAN DE DIOS).  
UN ANÁLISIS DESDE SUS ORÍGENES HASTA FINALES DEL SIGLO XIX

José María Caravaca-Coca, Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz,  
Francisco Glicerio Conde-Mora, Francisco Javier Castro-Molina, José María  
Montero-Carmona

# HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO MUNDO: CREDENCIAMENTO PROFISSIONAL SEGUNDO MODELO NIGHTINGALE

Fernanda Alves dos Santos Carregal, Helena Pereira de Souza, Biannka Melo dos Santos, Andreia Guerra Siman, Fernanda Penido Matozinhos, Fernanda Batista Oliveira Santos

# LOS ANTIGUOS POZOS SALOBRES DE CANARIAS

## ESTRÉS Y BURNOUT, EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Jesús Quintero-Febles, Gerson Reyes-Abreu, Patricia Suárez-Daroca, Miguel Ángel Rodríguez-García

## MISCELÁNEA

## MUJERES QUE IDENTIFICAN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

Gustavo Gonçalves dos Santos, Nahara Lucio de Almeida

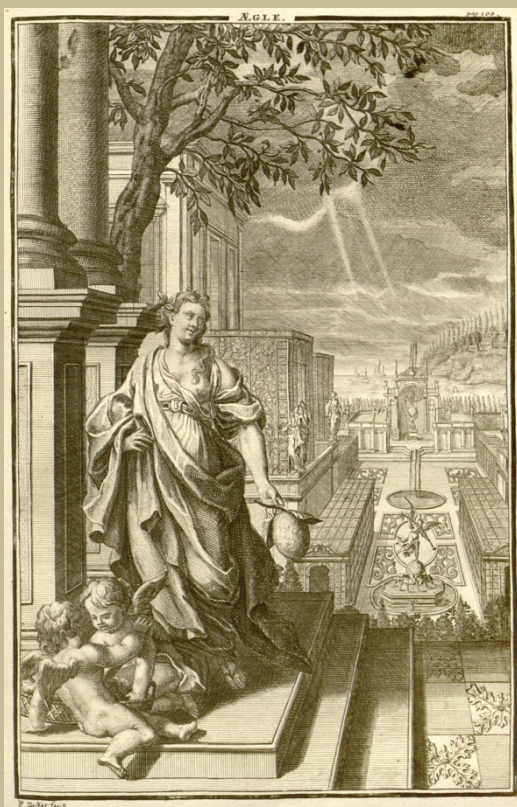
**COLABORAN:**

Imagen de la portada: grabado de *La ninfa Egle*, obra de Johann Christoph Volkamer (1708).



Asociación Canaria de Historia  
de la Profesión Enfermera



Proyecto Editorial de la Asociación de Historia de los Profesión Enfermera – ACHPE.

Web grupo de trabajo:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

E-mail: [revegle@historiaenfermeriacanaria.org](mailto:revegle@historiaenfermeriacanaria.org)

Dirección Editorial: Calle San Martín, 63 (38001-SC de Tenerife).

#### ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

EGLE. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud.

AÑO VII- Número 16. Segundo Semestre 2020.

Revista on-line:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

CORREO POSTAL: Calle San Martín, 61.  
38001-Santa Cruz de Tenerife.

ISSN-e: 2386-9267

Edita: Asociación de Historia de los Profesión Enfermera, ACHPE.

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

#### SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros.

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 euros.

EGLE NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS  
ARTÍCULOS, LOS CUALES EXPRESAN OPINIONES Y  
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS AUTORES.

## CONSEJO DE REDACCIÓN.

### DIRECTOR

Dr. Francisco-Javier Castro-Molina  
*Escuela Univ. Enfermería Nº 5ª de  
Candelaria, Universidad de La Laguna (ULL)*  
*Universidad Nacional Educación a Distancia  
(UNED)*

### REDACTOR JEFE

Dr. Jesús Manuel Quintero Febles  
*Universidad de La Laguna (ULL)*

### SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Máster Natalia Rodríguez Novo  
*Universidad de La Laguna (ULL)*

Dr. Juan José Suárez Sánchez  
*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
(ULPGC)*

Dr. Francisco Glicerio Conde Mora  
*Centro Universitario de Enfermería Salus  
Infirmerum de Cádiz, Universidad de Cádiz  
(UCA)*



## COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. (Islas Baleares-España).

Dr. José Almenara Barrios. Catedrático de Escuela del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística y Metodología de la Investigación). Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

D. Álvaro Causapie Castro. Historiador. Periodista (Madrid-España).

Dr. Carlos Javier Castro Brunetto. Historiador del Arte. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. María Paz Castro González. Enfermera. Antropóloga. Universidad de León. (León-España).

Dra. Sara Darias Curvo. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Ana María Díaz Pérez. Historiadora del Arte. Presidenta de la Tertulia Amigos del 25 de Julio. Académica correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Tenerife (RAMED) y de la Canaria de Bellas Artes de San Miguel Arcángel (RACBA), (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. María Luz Fika Hernando. Licenciada en Ciencias Sociales y de la información. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Lanzarote-España).

Dña. María Luz Fernández Fernández. Enfermera. Historiadora. Secretaria del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (Universidad Complutense de Madrid). Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria (Santander-España).

Dr. Ramón del Gallego Lastra. Presidente del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense (Madrid-España).

Dr. Alfonso Miguel García Hernández. Departamento de Enfermería. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Antonio María Claret García Martínez. Fundador y director del 'Proyecto Híades. Revista de Historia de Enfermería'. Departamento de Historia, Geografía y Antropología, Universidad de Huelva (Huelva-España).

Dr. Manuel Jesús García Martínez. Fundador y director del 'Proyecto Híades. Revista de Historia de Enfermería'. Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

Dr. Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz. Coronel Médico. Pediatra. Académico de la Real de Medicina y Cirugía de Cádiz y de Santa Cruz de Tenerife, y de la Real de San Romualdo de San Fernando (Cádiz-España).

Dr. David Garriga Girtart. Enfermero (Bachelor of Science in Nursing European University). Psicólogo. Criminólogo. Máster Mundo Árabe e Islámico. Especialista Universitario en terrorismo Yihadista (Barcelona-España).

Dr. Jerónimo González Yanes. Enfermero. Abogado. Periodista e Historiador (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. Juana María Hernández Conesa. Enfermera. Filósofa. Pedagoga. Historiadora. Investigadora Principal del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS. Medalla Florence Nightingale, 2009 (CICR, Suiza). Universidad de Murcia. (Murcia-España).

Dr. Justo Pedro Hernández Rodríguez. Médico. Académico correspondiente de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Presidente de la Sociedad Canaria de Historia de la Medicina. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. Isabel L. Lepiani Díaz. Directora del C. U. E. Salus Infirmorum de Cádiz, Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

Dr. Francisco Megias-Lizancos. Emérito del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-España).

Dra. Teresa Miralles Sangro. Enfermera. Presidenta de la "Fundación María Teresa Miralles para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería". Directora del "Museo de Historia de la Enfermería" (FMTMS - CODEM) de Madrid. Universidad de Alcalá (Madrid-España).

Dr. Rubén Mirón González. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-España).

Dr. José Luis Molino Contreras. Enfermero de salud mental. Escuela Enfermería de Cartagena, Universidad de Murcia (Murcia-España).

Dra. Maribel Morente Parra. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense (Madrid-España).

Dra. Mercedes Novo Muñoz. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).



Dr. José Ángel Rodríguez Gómez. Enfermero. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Fisioterapeuta. Antropólogo. Departamento de Enfermería, Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

D. Antonio Miguel Rodríguez Hernández. Farmacéutico, Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín. Médico. Director del Instituto Canario de Bioantropología y Museo Arqueológico de Tenerife (OAMC-Cabildo de Tenerife). Co-Director de la Revista Canarias Arqueológica, Arqueología/Bioantropología (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

D. Manuel Solórzano Sánchez. Enfermero (Hospital Universitario Donostia de San Sebastián. Osakidetza). Académico de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia (San Sebastián-País Vasco-España)

Dr. Francisco Toledo Trujillo. Emérito del Departamento de Radiología de la Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna. Académico Numerario de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Manuel Toledo Trujillo. Cirujano. Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Emérito del Departamento de Cirugía-Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. José Siles González. Enfermero. Historiador. Pedagogo. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (Alicante-España).

Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo. Enfermero. Centro de Enfermería de “San Juan de Dios”, Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. Maria Angélica de Almeida Peres. Enfermeira. Pós-Doutorado em História da Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Museu da Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidad Federal de Rio de Janeiro (Río de Janeiro-Brasil)

Dra. Luciana Barizon Luchesi. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo-Brasil)

Dra. Tânia Cristina Franco Santos. Pós Doutorado em História da Enfermagem en Valladolid/Es. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Universidad Federal de Rio de Janeiro (Río de Janeiro-Brasil).

Dra. Mercedes Neto. Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro-UNIRIO, UNIRIO (Río de Janeiro-Brasil).

Dra. Fernanda Batista Oliveira Santos. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), subcoordenadora do Centro de Memória da Enfermagem da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais (Minas Gerais-Brasil).

Dr. Paulo Joaquim Pina Queirós. Escola Superior de Enfermagem, Universidad de Coimbra, Portugal. Sociedad Portuguesa de Historia de la Enfermería (Coimbra, Portugal).

Dra. Elisabete Pinheiro Alves Mendes Fonseca. Escuela de Enfermería de Coimbra (coordinadora). Investigadora de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería

(UICISA: E) en el proyecto de estructuración Historia y Epistemología de la Salud y Enfermería y estudio asociado. HISAG-EP (Salud e Historia de Género-España / Portugal).

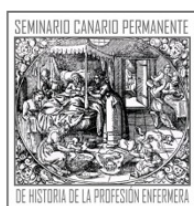
Dr. Fernando Porto. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Líder do Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem –LACUIDEN. Universidad de Río de Janeiro, UNIRIO (Río de Janeiro-Brasil).

Dr. Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves. Escuela de Enfermería de Coimbra. Investigador en la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E), proyecto de estructuración Historia y Epistemología de Salud y Enfermería y estudio asociado HISAG-EP (Historia de Salud y Género-España / Portugal).

Dña. Ana Luisa Velandia-Mora. Enfermera. Coordinadora de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Coordinadora de la Red Colombiana de Historia de la Enfermería (Bogotá, Colombia).



## COLABORAN CON LA PUBLICACIÓN



## INDEXACIONES



# SUMARIO

## EDITORIAL

SIN CONOCIMIENTO HISTÓRICO NO HAY IDENTIDAD, NO HAY PROGRESO, NO HAY PROFESIÓN ENFERMERA

María Luz Fernández Fernández

## HISTORIA

EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA (VULGO DE SAN JUAN DE DIOS). UN ANÁLISIS DESDE SUS ORÍGENES HASTA FINALES DEL SIGLO XIX

José María Caravaca-Coca, Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz, Francisco Glicerio Conde-Mora, Francisco Javier Castro-Molina, José María Montero-Carmona

HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO MUNDO: CREDENCIAMENTO PROFISSIONAL SEGUNDO MODELO DE NIGHTINGALE 

Fernanda Alves dos Santos Carregal, Helena Pereira de Souza, Biannka Melo dos Santos, Andreia Guerra Siman, Fernanda Penido Matozinhos, Fernanda Batista Oliveira Santos

LOS ANTIGUOS POZOS SALOBRES DE CANARIAS

Eulogio Jesús Díaz-Rodríguez

## ESTRÉS Y BURNOUT, EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Jesús Quintero-Febles, Gerson Reyes-Abreu, Patricia Suárez-Daroca, Miguel Ángel Rodríguez-García

## MISCELÁNEA

### MUJERES QUE IDENTIFICAN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

Gustavo Gonçalves dos Santos, Nahara Lucio de Almeida

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

# EDITORIAL

SIN CONOCIMIENTO HISTÓRICO NO HAY IDENTIDAD,  
NO HAY PROGRESO, NO HAY PROFESIÓN  
ENFERMERA

WITHOUT HISTORICAL KNOWLEDGE, NO IDENTITY,  
NO PROGRESS, NO NURSING PROFESSION

María Luz Fernández Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Enfermera. Licenciada en Historia. Máster en Historia Contemporánea. Profesora de la Facultad de Enfermería de la U. de Cantabria. Secretaria del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería

Correo electrónico: [fernandml@unican.es](mailto:fernandml@unican.es)

Recibido: 16/11/2020  
Aceptado: 15/12/2020

## Resumen

La autora realiza una reflexión en torno a la importancia que tiene para las enfermeras conocer de su historia con dos objetivos claramente definidos: consolidar el concepto



de identidad enfermera, así como la propia profesión. Da importancia al camino que en el último medio siglo la Enfermería ha tenido en el marco académico, estableciéndolo como un ingrediente fundamental para la identidad enfermera, y donde el proceso investigador se convierte en una cuestión fundamental para engrandecer la profesión.

**Palabras claves:** identidad, enfermera, profesión, progreso, historia.

### **Abstract**

The author reflects on the importance for nurses to know their history with two clearly defined objectives: to consolidate the concept of nurse identity, as well as the profession itself. It gives importance to the path that Nursing has taken in the academic framework in the last half century, establishing it as a fundamental ingredient for the nursing identity, and where the research process becomes a fundamental issue to enhance the profession.

**Keywords:** identity, nurse, profession, progress, history.

Juan Luis Arsuaga, en el marco de la décima entrevista del Proyecto BBVA/XL Semanal “Creando futuro”, respondió a la pregunta, ¿por qué era paleo-antropólogo? exponiendo, que desde la infancia, le interesaron “las especies naturales, el mundo en el que vivimos.....la investigación y la ciencia, hacerse preguntas y responderlas y que la mayor parte de las preguntas, que tienen que ver con la naturaleza humana y el mundo en que vivimos se responden históricamente, es decir, el mundo es como es por lo que ha sucedido antes.....y que la explicación racional está en la historia”. (1)

En la misma línea que Arsuaga, con quien comparte equipo de investigación, se manifiesta el también paleoantropólogo Antonio Rosas, investigador del Museo Nacional de Ciencias Naturales de Madrid. Este experto en los neandertales, con motivo de en una invitación del Dpto. de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales en la U. de los Andes en Chile, fue entrevistado por la Prof. Elizabeth Ramos Rosas, quién le planteó, cuál era su opinión con respecto a la poca importancia que le dan muchas personas al hecho de conocer el pasado histórico y evolutivo de nuestra especie. La respuesta del Prof. Rosas puso de manifiesto, que “conocer el pasado evolutivo es fundamental para nuestra especie y saber de nuestra especie es saber cultura...”. A esto añadió, que “...llevamos en nuestros cromosomas los de especies más antiguas, los de los neandertales, heredados del pasado y que actúan sobre nuestra biología, nuestras enfermedades, el estado de salud y nuestra capacidad cognitiva.....es la mejor evidencia de como el pasado está presente, está influyéndonos y está marcando nuestro futuro, por lo que conocer la evolución humana es uno de los pilares nuestra cultura y nuestro conocimiento” (2)

Las manifestaciones de ambos investigadores ponen en evidencia la trascendencia del saber histórico como fundamento del conocimiento del ser humano y sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales, políticos y medioambientales, como condicionantes de su transformación y evolución. Un largo periplo jalonado por innumerables factores y circunstancias en las que las prácticas de cuidados constituyen el eje esencial de la supervivencia, el mantenimiento y continuidad de la especie humana.

Por ello, es impensable, que nuestra existencia de veintiún siglos sea posible sin la acción de cuidados, ya que como expresa el teólogo y filósofo Leonardo Boff en su obra “El cuidado esencial”, *“el ser humano es un ser de cuidado...”*, y añade, *“...más aún, su esencia se encuentra en el cuidado. Poner cuidado en todo lo que proyecta y hace: he aquí la característica más singular del ser humano”*. (3)



Figura 1. Profesionales enfermeros.

Si tomamos como referencia lo argumentado hasta aquí, se pone de manifiesto la razón de ser, la existencia y la esencia de la profesión enfermera, cuyo núcleo referencial es el ser humano y por tanto el cuidado, como intervención manifiesta de las acciones que se dirigen a la preservación, conservación de la salud y la vida, e incluso el final de esta.

Es cierto que, si bien el cuidado es intrínseco a la vida humana, las modificaciones y el desarrollo de las distintas sociedades, culturas y entornos, sumado a la complejidad y la unicidad de cada persona, han condicionado las acciones de cuidados, básicas y necesarias, de manera que se adapten al heterogéneo mundo en el que vivimos.

En el contexto de todo lo expuesto se justifica la importancia y el valor del desarrollo efectivo de la Historia de la Profesión Enfermera, cuyo marco disciplinar se asienta en el cuidado humano en toda su dimensión holística. Sin lugar a duda, hoy, los enfermeros y enfermeras somos los herederos de una larga tradición marcada por la impronta de

numerosos factores, que han supeditado a los individuos y a las colectividades en las que se han desarrollado. Un escenario, al que nuestros antecesores en la profesión respondieron según las circunstancias y el momento, con el acierto y el saber que tenían a su alcance y en ocasiones, adelantándose al mismo.

Por tanto, tenemos que ser conscientes, que nuestra identidad como enfermeros se sustenta en el legado recibido de un compendio de intervenciones y documentos de las distintas tipologías de cuidados y cuidadores, que han ido constituyendo la trama de nuestra profesión. Todo ello en la maraña de los distintos entramados políticos, religiosos, sociales, culturales que han ido marcando las distintas etapas del devenir histórico de nuestra humanidad.

Cuando en ocasiones decimos, que no hay que mirar atrás, sin duda, no hay que hacerlo sin el debido rigor, es decir, se requiere de la argumentación científica del saber probado y validado, del empleo de las fuentes y la metodología rigurosa. Cada paso ha de medirse cuidadosamente con el respeto y la consideración que merece cada acción humana y en este caso, las distintas actividades de cuidados enfermeros de nuestro pasado.

Es impensable, que lo anteriormente referenciado pueda hacerse si no es desde una mirada atenta, cuidadosa, considerada, observadora y reflexiva, enmarcada en un bagaje exhaustivo y preciso de conocimientos de las herramientas históricas. Solo, desde estas premisas será posible asentar los constructos de la disciplina enfermera de manera, que nuestro lugar en las Ciencias de la Salud sea incuestionable.

Así, la Enfermería, como disciplina científica, requiere del empleo de la ciencia para responder a las cuestiones que nos ayudan a reconocer nuestros orígenes, a constatar nuestra identidad e identificar los saberes que han ido dando forma a lo que somos hoy. Y para discernir con propiedad cada uno de los factores que han intervenido y determinado el rol cuidador enfermero en el devenir de la humanidad, solo el empleo de la ciencia histórica se posiciona como certera para obtener resultados veraces que dejen la puerta abierta a nuevos cuestionamientos.

El largo y complejo periplo recorrido por las distintas sociedades humanas, sus contextos geográficos y espaciales, determinaron una cultura única y específica, en la que garantizar la continuidad de la vida y salvaguardarla, viene constituyendo un requisito esencial e imprescindible de manera, que entender los procesos de enfermar ha sido

una constante en la historia de la humanidad. Todo ello, marca de manera indefectible la posición, el lugar y la manera de hacer de quienes se ocuparon de cuidar, los espacios dedicados a tal fin y las vicisitudes que lo delimitaron y determinaron.



Figura 2. La enfermera y la relación de ayuda.

Para los enfermeros, determinar de manera explícita, cual es nuestra comunión con el término que define y reconoce las señas identitarias de nuestra disciplina, constituye una responsabilidad, un compromiso explícito con las personas, objeto distintivo y único de nuestro ejercicio profesional. La dificultad que entraña esta cuestión se entiende en el escenario de un mundo, en el que el cuidado, se ha convertido en un vocablo polisémico (5), del que se hacen eco desde distintos campos, por lo que argumentar, que la Enfermería, es la única, que ha hecho del mismo una disciplina, no puede entenderse sin el rigor de la investigación histórica.

Ya en la Conferencia impartida en el marco del XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería, “El Valor de la Investigación Histórica en la consolidación de la Profesión Enfermera”, se analizó la trascendencia de la aportación científica de los distintos historiadores de nuestro panorama nacional. Una contribución sin la que no sería posible demostrar, que estamos aquí, como consecuencia del saber y el conocimiento de un pasado documentado, rigurosamente estudiado y mediante el empleo de las herramientas historiográficas.

Un esfuerzo dirigido a proporcionar las señas de nuestra base identitaria, además de nuestra contribución específica y única como enfermeros a la salud de la sociedad. Esto se entiende, en el marco de lo que el historiador Enrique Flores Cano explica en su obra “La función social de la historia”, concretamente en el apartado del Discurso de Identidad, donde refiere, que *“Dotar a un pueblo de un pasado común y fundar en ese origen remoto una identidad colectiva es quizá la más antigua y la más constante función social de la historia. Se inventó hace mucho tiempo y sigue viva hoy en día. Como dice John Updike, el historiador sigue siendo el especialista de la tribu que tiene el cargo de contarle a los demás lo que todo grupo necesita saber: “¿Quiénes somos? ¿Cuáles fueron nuestros orígenes? ¿Quiénes fueron nuestros antepasados? ¿Cómo llegamos a este punto o a esta encrucijada de la historia?” (5).*

Y si las palabras de Flores Cano nos sitúan en el hecho de que la historia tiene una función social, nuestra Ciencia Enfermera tiene sentido en este marco, ya que es el ámbito en el que transcurre la vida humana, y son por tanto los historiadores enfermeros, con la rigurosidad de su trabajo investigador quienes le dan legitimidad.

Sin embargo, no puede obviarse, que el abordaje del ser humano requiere de una dimensión holística, y que en la salud intervienen multitud de factores de manera, que es importante tener en cuenta la óptica y la perspectiva de otras disciplinas mediante el trabajo transdisciplinar y en equipo. Así, es imprescindible la colaboración con Paleo-antropólogos; Documentalistas; Sociólogos; Geógrafos o Filósofos y con los Historiadores de la Medicina, después de todo, hoy somos la suma de muchos saberes que han configurado nuestra realidad.

El progreso científico ha sido indudable, disponemos de instrumentos que nos permiten medir con mayor precisión las huellas de nuestro pasado, desmontar tradiciones y mitos e incluso replantear investigaciones que durante siglos se mostraron como certeras. Es esto lo que nos hace progresar, buscar nuevos caminos, reconsiderar las decisiones y los pasos que configuraron la profesión de cuidar, las personas que intervinieron en el proceso y como sus decisiones han determinado lo que somos hoy.

Somos lo que somos, gracias al esfuerzo y el trabajo de los investigadores de la enfermería, quienes a través del estudio detallado de los distintos soportes documentales de quienes precedieron, nos han permitido identificar nuestra existencia

hasta probar, que somos una disciplina con entidad propia en el complejo mundo de las Ciencias de la Salud.

La pandemia actual ha dejado claro el valor del conocimiento histórico, poniendo de manifiesto que si de verdad, este se hubiera tenido en cuenta quizás, se habría evitado algunos errores, tomemos como ejemplo el lavado de manos, en lo que ya Florence Nightingale insistió hace más de un siglo.

Ahora, camino de medio siglo de nuestra profesión en el marco académico, estamos en la posición adecuada para posicionar la historia de la Enfermería como un saber imprescindible e ineludible de nuestra identidad. Sin esto, peligra nuestro progreso y la propia disciplina. Y dado que no hay verdades absolutas, el proceso investigador nos permite plantearnos continuamente nuevas cuestiones, a no conformarnos, tratando de buscar los datos más objetivos y aquellos que nos consoliden y engrandezcan como profesión. Nuestra responsabilidad es seguir a pesar de las dificultades porque como dijo Marcel Proust, *“Aunque nada cambie, si yo cambio, todo cambia”* (7).

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arsuaga, JL. De esta Pandemia sacaremos conclusiones para que no nos vuelva a pasar. Proyecto BBVA/XL Semanal “Creando futuro”. 2020. Disponible en: <https://www.bbva.com/es/es/de-esta-pandemia-sacaremos-conclusiones-para-que-no-nos-vuelva-a-pasar-juan-luis-arsuaga/>
- (2) Ramos Rosas, E. ¿Por qué es importante conocer el pasado histórico y evolutivo de nuestra especie? A. Dpto. de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales en la U. de los Andes en Chile. 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ML8gLLR4hCo>
- (3) Boff, L. El cuidado esencial. Ed. Trotta. 2002.
- (4) Meseguer Gancedo, M. El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería española. Cuad. relac. labor. 35(1) 2017: 165-185. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/54988>
- (5) Florescano, E. La función social de la Historia. Fondo de Cultura Económica. 2012. Disponible en: <https://lizbethcarolina.files.wordpress.com/2018/09/florescano-enrique-la-funcion-social-de-la-historia-2012.pdf>



(6) Fernández Fernández, M.L. EL VALOR DE LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA EN LA CONSOLIDACIÓN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA. Libro de Actas del XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería. Salamanca 2016. Pp. 45-63.

Disponible en: [https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepihe-salamanca\\_2017-ebook-xv-congreso-historia-de-la-enfermeria](https://www.ucm.es/seminariohistoriaenfermeria/file/sepihe-salamanca_2017-ebook-xv-congreso-historia-de-la-enfermeria)

(7) Rovira, A. Aprendemos Juntos. BBVA. El País. Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=rsztkM2V2SQ>

# HISTORIA

## EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA (VULGO DE SAN JUAN DE DIOS). UN ANÁLISIS DESDE SUS ORÍGENES HASTA FINALES DEL SIGLO XIX

## THE HOSPITAL OF MISERICORDIA (VULGO OF SAN JUAN DE DIOS). AN ANALYSIS FROM ITS ORIGINS TO THE END OF THE XIX CENTURY

José María Caravaca-Coca<sup>1</sup>, Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz<sup>2</sup>, Francisco Glicerio Conde-Mora<sup>3</sup>, Francisco Javier Castro-Molina<sup>4</sup>, José María Montero-Carmona<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Capitán de navío. Licenciado en Derecho; <sup>2</sup>Teniente Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad; <sup>3</sup>CUE Salus Infirmorum de Cádiz, Universidad de Cádiz; <sup>4</sup>Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, Universidad de La Laguna; <sup>5</sup>Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad; <sup>5</sup>Enfermero. Capitán del Cuerpo Militar de Sanidad.

Correo electrónico: [franciscogconde@hotmail.com](mailto:franciscogconde@hotmail.com)

Recibido: 15/06/2020  
Aceptado: 19/08/2020

### Resumen

En el presente artículo analizaremos la institución hospitalaria más antigua de Cádiz, el Hospital de la Misericordia (Vulgo San Juan de Dios), decano de los hospitales gaditanos. Estudiaremos la historia de este nosocomio desde sus orígenes hasta finales del siglo XIX. Para este trabajo se realizó una revisión bibliográfica, analizando las bases de datos CUIDEN y DIALNET, revisando bibliografía. Se incluyeron todos aquellos documentos

que abarcasen la historia del nosocomio gaditano desde sus orígenes hasta el siglo XX. Se excluyeron aquellos artículos que no hacían alusión al Hospital de San Juan de Dios.

**Palabras clave:** hospital; misericordia; caridad; Cádiz.

### **Abstract**

In this article we will analyze the oldest hospital institution in Cádiz, the Hospital de la Misericordia (Vulgo San Juan de Dios), dean of Cadiz hospitals. We will study the history of this hospital from its origins to the end of the 19th century. For this work, a bibliographic review was carried out, analyzing the CUIDEN and DIALNET databases, reviewing the bibliography. All those documents that covered the history of the Cadiz hospital from its origins to the 20th century were included. Those articles that did not refer to the Hospital de San Juan de Dios were excluded.

**Keywords:** hospital; mercy; charity; Cadiz.

## 1. Los orígenes de un nosocomio gaditano

Este establecimiento hospitalario fue fundado gracias a la Hermandad de la Santa Caridad de Cádiz en los terrenos que se encontraban en la Ermita de la Misericordia, junto a las antiguas murallas medievales de la ciudad. En un documento fechado en Valladolid en 1509, que se conserva en el Archivo General de Simancas (AGS) se menciona ya al referido hospital. Dicho documento inédito, que menciona la cantidad a pagar por sacar un malhechor del Hospital de la Misericordia, en el primer decenio del siglo XVI acredita la antigüedad de esta institución hospitalaria. (1)



Figura 1. Plano de Cádiz levantado para fundar el antiguo Colegio de la Compañía de Jesús, a fines del episcopado del último Obispo itálico de Cádiz (Jerónimo Theodoli).

Pueden contemplarse la Catedral Vieja (Iglesia de la Santa Cruz), el Hospital de la Misericordia, San Francisco (recién fundado) y el Pozo de la Jara (todavía no existía la parroquia de San Antonio). Fuente: Bibliothèque nationale de France (BNF). Cabinet des estampes, 1960, n° 466-467.

José Sánchez Herrero en su obra *Cádiz la ciudad medieval y cristiana 1260-1525* menciona que ya en 1514 aparece nuevamente este “hospital de la

Misericordia”, mencionado en una manda recogida en el testamento del Deán don Esteban Rajón. (2)

Fray Jerónimo de la Concepción en su obra *Emporio del Orbe, Cádiz Ilustrada* publicada en Ámsterdam en 1690 afirmaba que rigiendo la mitra gaditana el Cardenal Pedro Accolti (1511-1521) ante el mal estado de la Catedral, la Iglesia de la Santa Cruz (vulgo Catedral Vieja) pensó cambiar la sede catedralicia al antiguo hospital "para mudar la Cathedral de su antiguo sitio al Hospital de la Misericordia, que, oy es Convento de Religiosos de S. Juan de Dios" dando licencia para ello el Papa León X (1513-1521)". (3)

Encontramos referencias al decano de los nosocomios gaditanos en la *Visita Ad Limina Apostolorum* D. Antonio Zapata Cisneros, Obispo de Cádiz (posteriormente Cardenal) entre 1587 y 1596 que presentó en 1594 a S.S. el Papa Clemente VIII (1592-1605). (4)

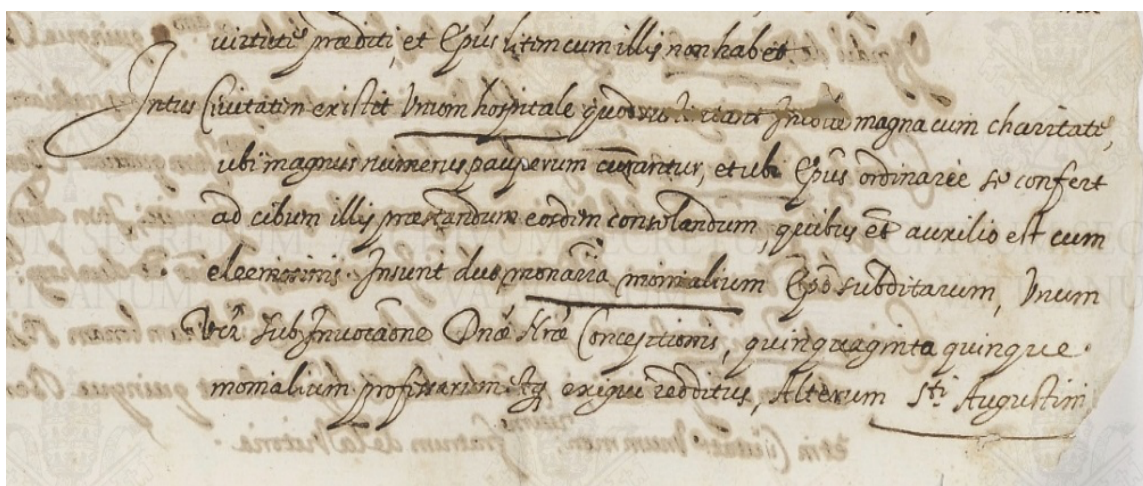


Figura 2. Congregación del Concilio, (*Relationes ad Limina* caja-legajo 354: Gadicensis).  
Fuente: Archivo Secreto Vaticano (ASV). *Visita Ad Limina Apostolorum* Sagrada.

El Hospital debió hacer frente a la grave catástrofe que sobrevino sobre nuestra ciudad con el Saqueo angloholandés del Conde de Essex en 1596. Pocos años más tarde, el cabildo municipal de Cádiz en la escritura de cesión del hospital de la Misericordia en 1614 concedía la cesión del Hospital a la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios por Copia simple de la escritura de donación que la ciudad hizo por sí y a nombre de los hermanos de la cofradía de la santa Caridad". (5)



Figura 3. Saqueo angloholandés del Conde de Essex (1596).

## 2. Cesión a los Hermanos de San Juan de Dios

El 21 de mayo de 1614 se va a protocolizar el acuerdo del Cabildo del 10 de marzo de 1614, presidido por Juan de Soto y Avilés, alférez mayor de Cádiz y mayordomo de esta, así como los hermanos mayores y cofrades de la casa Hospital de la Caridad de Cádiz, en el que concluyen: "se diesen y encargasen el hospital de Cádiz a los hermanos de San Juan de Dios, para que los rixesen e administrasen..."

Consta como primer prior de la Orden de San Juan de Dios en Cádiz, Fray Francisco Fidel, que procedía del Hospital de la Candelaria, de Jerez. La escritura está inserta en el Protocolo nº 5490 de Cádiz, del escribano Alonso de Villareal. (6)

En el Archivo General de Indias, con fecha de 1627, encontramos el testamento de Giuseppe Valiente, tambor, natural de Palermo (Sicilia actual Italia). Difunto en Cádiz, en el hospital de la Misericordia, con testamento siendo sus Albaceas: el padre fray Antonio de Jesús, prior del convento y hospital de la Misericordia, y al padre fray Nicolás de San Agustín, procurador del convento y hospital de la Misericordia. (7)

José María Montero Carmona en su tesis doctoral sobre el Hospital Real de Cádiz (1667-1984) cita documentación del Archivo General de Simancas (AGS) que pone de relieve la saturación del Hospital de la Misericordia en 1634 y también en el año 1648. (8)





Figura 4. Plano Aramburu (Museo de las Cortes de Cádiz).



Figura 5. Detalle del Plano de Aramburu donde puede verse el Hospital en la antigua Plaza de la Corredera (actual Plaza de San Juan de Dios)

Javier García Monlleó y Fernando Girón Irueste en un artículo titulado "La asistencia de los hermanos de San Juan de Dios en las epidemias andaluzas (siglos XVI-XIX)" publicado en la revista *Archivo Hospitalario* en el 2005 mencionan la epidemia que se produjo en Cádiz en 1635, debida a la gran concentración de efectivos para la campaña contra Francia, recordemos que en el contexto de la Guerra de los Treinta Años (1618-1648). (9)

La alta mortalidad hizo que necesario recurrir a más hermanos hospitalarios de San Juan de Dios que acudieron con el provincial a su cabeza siendo necesario repartir los enfermos por otros hospitales. En esta época las rentas generadas por un Corral de Comedias darán nuevos ingresos al decano de los hospitales gaditanos.

### **3. El Hospital de la Misericordia en el Siglo de las Luces**

Ya en el siglo XVIII, centuria en que nuevas instituciones sanitarias como el Hospital Real o el Hospital de Mujeres en Cádiz ayudaban al cuidado de la salud de la población gaditana, el Hospital de la Santa Misericordia sigue contando con una gran importancia. En 1716 en la obra *Chronologia hospitalaria y resumen de la sagrada Religion de San Juan de Dios* escrita por Fray Juan Santos: "En esta ciudad entró a su petición nuestra Religión el año de mil seiscientos y trece, para que governasse, y pusiesse en debida orden un Hospital antiguo, que tenía en el mejor sitio de toda ella, que es en la Plaça del Populo (...) quando se entrego del la Religion, no teniamas que veinte camas, oy tiene ya mas de ciento de curacion continua, y en tiempo de armadas se ponen muchas mas. Su renta fixaaun no son dos mil ducados, y se gastan cada año mas de diez mil porque se curan un año con otros dos mil enfermos de todo linage de enfermedades, con asistencia de treinta Religiosos, y los tres o quatro Sacerdotes para la administración de los Santos Sacramentos, que es muy frequente. Tiene tambien un Religioso, aventajado Cirujano, y otro, famoso Boticario, que ambos tienen muy bien que hazer en sus oficinas. Las enfermerías son grandes, espaciosas, y claras y descansan sobre la fábrica de la Iglesia quatro salas; aunque demàs de estas, tiene otras de enfermeria. Tiene sala de convalecientes, que se fabricó con una limosna grande que el Conde de Alcudia Don Pablo Fernandez de Contreras, General que fue de Flota, y Galeones dexó en su testamento, y fue de doze mil ducados".



Al Hospital de San Juan de Dios acudían todos aquellos pobres y necesitados que requerían recibir asistencia médica o cuidados de albergue y manutención en su hospedería. En el nosocomio se atendía a todo tipo de personas, sin distinción de raza, condición social, religión, ni procedencia. Al estar vigente la esclavitud, ingresaban cautivos y esclavos negros, pardos o mulatos, propiedad de comerciantes o potentados locales, procedentes mayoritariamente de países africanos (Angola, Guinea, Cabo Verde y Congo); presbíteros y religiosos de órdenes menores (carmelitas, agustinos); protestantes y musulmanes (infieles), la mayor parte originarios de Berbería (Argelia), Marruecos y Turquía (Constantinopla).



Figura 6. Fachada de la antigua Casa Capitular de Cádiz y de la antigua Iglesia de San Juan de Dios. Fuente: Archivo Histórico Municipal de Cádiz.

Es llamativo la cantidad de montañeses, genoveses, venecianos, napolitanos, gibraltareños —época anterior al Tratado de Utrecht de 1713—, españoles asiáticos (filipinos), españoles americanos (ciudades de Guatemala, San Salvador, México, Campeche, Mérida, Quito, Lima, Caracas, Santa Fe de Bogotá, Cartagena de Indias,

Curazao, La Guaira, Isla Margarita, Cumaná, La Habana, Santo Domingo, etc.) y europeos (franceses, portugueses, ingleses, irlandeses, holandeses, flamencos, suecos, noruegos, daneses, alemanes, polacos, griegos, turcos y malteses) asistidos en el hospital. En ocasiones acudían doctores y licenciados en situación de pobreza además de toda clase de lisiados y discapacitados (sordomudos, paralíticos, etc.). Durante el periodo estudiado solo ingresaron ocho militares, dos de la Armada y el resto soldados y granaderos. Al inicio de la segunda década del setecientos, el Hospital disponía de 53 camas. A mediados del decenio, al aumentar la demanda asistencial, se abren nuevas salas o «enfermerías», alcanzando al finalizar el periodo estudiado una capacidad de 89 camas individuales. (10)

En el periodo estudiado (1712-1721) se han contabilizado 6.969 pacientes ingresados, de edades comprendidas entre dos y ciento cuatro años, de los que fallecieron en la sala de socorro o durante su estancia en el hospital 1174, lo que supone una mortalidad del 16,8%. Es importante reseñar que no hubo ninguna epidemia durante esa etapa. Durante el decenio estudiado, dirigieron la institución tres padres priores de San Juan de Dios: fray Agustín Montero de Espinosa (1712-1719), fray Pedro de los Ríos (1719-1721) y fray Joseph Escolano (1721). Con una periodicidad, de entre dos y cuatro años, visitaban el hospital los padres provinciales que fiscalizaban los libros de ingresos y fallecimientos, instando a los padres priores a «que continuasen en recibir y curar a todos los demás que en adelante viniesen, asistiéndoles con todo el amor y la caridad en cumplimiento de nuestra principal obligación del Santísimo Instituto de la Hospitalidad que profesamos». Visitaron el hospital los padres provinciales fray Juan de Pineda (junio de 1712), fray Joseph del Pino (junio 1714), fray Juan del Cuero (noviembre 1719) y fray Juan de Pineda (mayo 1720). (11)

En el Hospital de San Juan de Dios, los barberos-sangradores tenían la obligación de rasurar a los enfermos cada quince días y cobraban por cada sangría (flebotomía) practicada (12). El hospital disponía de su propia botica en la que se preparaban los compuestos recetados por los médicos a partir de los «simples» que se adquirían en los respectivos almacenes. La farmacia disponía de hornillos, alambiques, morteros, tamices, cedazos, orzas, etc., para la elaboración de los medicamentos. Los productos simples procedían mayoritariamente del reino vegetal, sin olvidar productos del reino animal o mineral (13):

- Reino vegetal: yerbas, plantas, flores, raíces, frutos, granos, cortezas, gomas, resinas y bálsamos.
- Reino animal: productos de mamíferos, aves, insectos, anfibios, reptiles y moluscos.
- Reino mineral: metales, no metales y sales.
- Vinos, aguardientes y alcoholes.

Una vez confeccionados los compuestos se administraban mediante infusiones, electuarios, jarabes, julepes, arropes, gelatinas, zumos, infusiones, tisanas, píldoras, polvos, ungüentos, pomadas, pastas, cataplasmas, unciones, tinturas, linimentos, emplastos y fomentos. Para la administración de los enemas, dilataciones de ano, uretra o vagina se utilizaban las composturas de ayuda, candelillas y algalias, realizadas con lienzo o crea, ceras y gomas. (14)

Por su importancia terapéutica contrastada, de los productos utilizados en la botica de San Juan de Dios se podrían resaltar la «cascarilla», corteza del árbol de la quina utilizada para el tratamiento de la malaria y de las fiebres; la «adormidera», de donde se extraía el opio para calmar el dolor; el «mercurio», utilizado en unciones para las enfermedades venéreas; y las «lombrices», sanguijuelas utilizadas para el drenaje de forúnculos, abscesos y para la evacuación de sangre y líquidos (edemas de pulmón, anasarca, etc.). Debemos recordar que para lograr una anestesia o sedación se utilizaba el láudano de Tomas Sydenhan, médico inglés del siglo XVII, un compuesto de opio, azafrán, canela, clavo y vino de Málaga.

Es de destacar el apoyo a estas instituciones sanitarias por los preladados gaditanos del Siglo de las Luces. Ponemos como ejemplo el caso del Obispo D. José Escalzo y Miguel (1783-1790) que ayudaba a sostener varias instituciones benéfico-sanitarias, entre ellas al Hospital de la Misericordia: "suministrador de 50 pesos mensuales al Hospicio, 500 reales año al mismo Hospital de la Misericordia y 205 reales para que fueran repartidos entre los pobres vergonzantes.

También la monarquía apoyaba esta institución. Sabemos que por Real Orden de 20 de Febrero de 1791, Carlos IV (1788-1808) mandó "que continuase el hospital de San

Juan de Dios de Cádiz en la libertad que disfrutaba de tiempo inmemorial de los derechos de almojarifazgo del aceyte, vino, carnes, tocino y carbon del Reyno; exigiendose en las especies de su consumo lo correspondiente a los diez y nueve millones y medio".

Antonio Ponz en su obra *Viage de España* publicada en 1794 nos dice lo siguiente del Hospital: "(...) Inmediato al mercado hay otra Casa de Caridad que hace honor á Cádiz, y es el Hospital de San Juan de Dios, destinado para solos hombres, cuyo particularísimo aseo, cuidado de los enfermos, y extraordinaria decencia toca en el extremo. Son admitidos quantos se presentan, á excepcion de los Soldados de Marina que van al Hospital Real, y los que han de tomar unciones, que tienen otro parage. Suele haber hasta doscientas camas ocupadas, y curarse en algunos años hasta tres mil y ochocientos enfermos, y aun doblados si es año de epidemias". (15)

#### **4. El siglo XIX**

El Hospital de la Misericordia, regido por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios hubo de afrontar en el primer tercio siglo XIX las varias epidemias de fiebre amarilla el asedio francés entre 1810 y 1812. Madoz afirmaba que en este último año de 1812 esta institución hospitalaria contaba con 120 camas. Sobre este tema recomendamos la consulta de la obra editada por los Dres. Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz y José M. Blanco Villero titulada *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz. Crónica sanitaria de un bicentenario*. (16)

Sin embargo, y aún a pesar de su labor, a comienzos del Trienio Constitucional, en 1820 los hermanos hospitalarios serán por primera vez exclaustrados, y aunque volverán a hacerse cargo del hospital en 1823 en 1835 deberán abandonar el antiguo hospital en doce años más tarde debido a la desamortización de Mendizábal como bien recoge Mariano Retegui Bensusan en su trabajo *El Hospital de la Misericordia, vulgo San Juan de Dios*. (17)

En los años treinta del siglo XIX destacamos un artículo publicado en 1839 en la revista *Journal of the Statiscal Society of London* titulado *Statistics of Cádiz. (Estadísticas de Cádiz)*. El autor es un Teniente Coronel llamado W.H. Sykes. William Henry Sykes (1790-1872). Fue un oficial del ejército británico destinado en la India y uno de los miembros preeminentes de la Royal Statistical Society (RSS) de Londres fundada en

1834 en el reinado de Guillermo IV (1830-1837). El artículo del Teniente Coronel Sykes, hace referencia a los pacientes de las instituciones hospitalarias gaditanas en 1837. Afirma que en los hospitales gaditanos no se les pregunta a los enfermos por su nacionalidad o religión. Con conocimiento de causa, el militar británico no ve esta atención universal en los Hospitales ingleses, sí en los gaditanos. En la página 348 se pone como ejemplo la atención a una dama pobre de Gibraltar ingresada en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen. En 1837 fue cuando Florence Nightingale tuvo la llamada a su vocación para ser enfermera.

Antes que Henry Dunant, fundara la Cruz Roja -la fundó en 1863-, y convenciera a la población de Castiglione del Stivere (Mantua, Italia) para que atendiese a los heridos de la Batalla de Solferino (1859) sin fijarse en el bando del conflicto en que habían combatido (ya fueran del bando austríaco o franco-piamontés) con el lema *TuttiFratelli* (TuttiFratelli/Todos somos hermanos) frase fraterna empleada por las mujeres de esta localidad italiana que apoyaron al ginebrino,- futuro fundador de la Cruz Roja y Premio Nobel de la Paz en 1901-, en Cádiz ya se atendía a todos los enfermos sin mirar nacionalidad ni credo. (Esto sucedía en un Hospital de una Orden Religiosa Católica. (18)

A mediados de la centuria decimonónica, en 1846, Pascual Madoz recoge una descripción muy interesante del Hospital de la Misericordia, objeto de estudio en este artículo: "Llámase hospital de la Santa Misericordia, y debe contar mucha antigüedad, aunque se ignora su fundación, puesto que, por un documento que se salvó del incendio ocurrido en 1596, cuando la invasión inglesa, se sabe que en 1505, se otorgó una escritura de censo a su favor. El edificio, sit. en la plaza de Isabel II, antes de San Juan de Dios, y muy contiguo a las casas consistoriales, es espacioso, de sólida y buena construcción, y en él se atiende con esmero a la humanidad doliente. Estuvo a cargo de la comunidad de San Juan de Dios desde el año de 1614, hasta que se verificó la exclaustración de estos religiosos. En su origen debió ser muy pobre e insuficiente, porque cuando los religiosos se hicieron cargo de él, lo tomaron con la condición de tener siempre preparadas 20 camas para otros enfermos naturales de Cádiz, distribuidas del modo siguiente: 10 para calenturas, 4 para heridas, 4 para convalecientes y 2 para mujeres, con precisa exclusión de recibir incurables, enfermos de contagio, bubas, llagas

u otras afecciones semejantes; por lo cual, y para 317 misas que debían celebrar todos los años, se les entregaba en cada uno la suma de 6,651 reales. 11 marevies de vellón. Al paso de la población iba aumentándose, se fue también ensanchando la posibilidad de socorrer mas enfermos puesto que los recursos crecían en la misma proporción, y ya le vemos en 1812 tener constantemente 120 camas, y percibir de renta por las muchas fincas y censos que había adquirido, 473,779 reales, más 144,659 de entrada eventual por varias limosnas. Hoy está a cargo de la junta municipal de Beneficencia, y al inmediato de un director, otro espiritual, dos capellanes, administrador, médico, cirujano, enfermero mayor y boticario: tiene 74 camas sirviendo, y capacidad para colocar hasta 300, y consume entre la asistencia de estos y empleados, 222,111 reales. El teatro principal, que es suyo, le produce anualmente de arrendamiento de 40 a 50.000 reales". (19)

El más vetusto de los hospitales gaditanos seguirá prestando valiosos servicios a la Sanidad Gaditana atendiendo a los heridos de la Guerra de África en el bienio 1859-1860. En la *Guía Rosetti* de 1867, a finales del reinado de Isabel II (1833-1868) se menciona nuestro nosocomio a estudio: "(...) Hospital de la Misericordia. –Se halla situado en la calle San Juan de Dios y plaza Isabel II. Fundado por la Hermandad de la Santa Caridad, subsistió a cargo de esta y bajo de su exclusiva dirección hasta el año de 1614 en que por escritura otorgada ante Alonso de Villareal lo dio en simple administración a los religiosos de San Juan de Dios, con su iglesia y todos sus bienes , con la expresa condición de que cesando de curar en él o mudando su hospitalidad a otro sitio, lo devolverían a la hermandad con dichos bienes y las creces de estos, para lo cual solemnizaron el competente inventario en la misma escritura. Así continuó hasta el año 1850 en que habiéndose trasladado los enfermos al hospital central y quedado vacío el de la Misericordia, reclamó la hermandad la entrega de éste y le fue devuelto como a sus naturales y legítimos patronos para aplicarlo a los fines de su instituto; declarándose así, previos los oportunos informes, en Real orden de 31 de octubre de 1856, ratificada con dictamen del Consejo Real por otra de 21 de enero de 1858, de cuyas resultas procedió la hermandad a su reparación, estableciendo en Setiembre de 1857 el citado hospital con el carácter y condiciones de modelo, a expensas de los mismos hermanos que son los que administran y rigen caritativamente con el auxilio espontáneo y gratuito de varios señores facultativos. Posteriormente se ha dado posesión a la hermandad de

los bienes pertenecientes al mismo. En 1º de Enero de 1865 existían en él 33 enfermos, habiendo ingresado 352 durante el mismo año, de los cuales salieron curados 278 y 52 en curación, fallecieron 34 y quedaron existentes 23 en 1º de Enero de 1866: además durante el año se socorrieron en las salas bajas 466 casos en esta forma: 386 heridas, 44 contusiones, 16 fracturas, 7 luxaciones y 10 de cuerpos extraños”. (20)

## **5. La atención a los repatriados de ultramar en 1898**

A finales del siglo XIX en 1898 a los soldados repatriados heridos y enfermos (muchos de ellos con sarna y otras enfermedades como paludismo y disentería) de las guerras coloniales de Cuba, Puerto Rico y Filipinas. Pedro Noguerols Alonso de la Sierra afirma en su libro *El Casino Gaditano: ante las crisis sanitarias del Cádiz decimonónico* que ingresaron 947 pacientes entre el 2 de noviembre de 1898 y el 5 de marzo de 1899. (21)

El Ayuntamiento de la Ciudad, ante el conflicto, en una “Sesión Secreta” el 13 de julio decidió tomar medidas ante “las difíciles circunstancias en que es de presumir se vea colocada esta ciudad por la llegada de una escuadra norteamericana dispuesta quizás a hostilizarla” (22). Entre ellas el establecer un Hospital de sangre y dos casas de socorros, construir en el Cementerio Católico nichos y otras instalaciones fúnebres, almacenar maderas y otros elementos para apuntalamientos, pedir ayuda a otros municipios en cuanto a materiales contra incendios, etc... Es por ello por lo que se decidió utilizar el Gran Teatro, hoy conocido como Gran Teatro Falla, aún en construcción “con objeto de albergar en dicho local los enfermos y heridos que no tuvieran cabida en el Hospital Civil en el caso que esta población fuera agredida por la escuadra norteamericana”. (23)

Se tomaron otras decisiones como que el faro de San Sebastián entonces existente “fue mandado dismantelar por el gobernador militar de Cádiz, duque de Nájera, para que no sirviese de referencia al enemigo en la guerra con los Estados Unidos de América, en el supuesto de un ataque americano en esta costa. Para sustituirlo se colocó una luz provisional en Torre Gorda”. (24)

En el Hospital de La Misericordia, o de San Juan de Dios, regentado por la Hermandad de la Santa Caridad, se hicieron particulares preparativos tomando “precauciones por si bombardean la Plaza”.



El Doctor Enrique Díaz Rocafull, Jefe de los Médicos de Visita del Hospital elevó al Cabildo de Gobierno, una serie de propuestas tales como que desde luego el Hospital debía prestar sus auxilios a la población si llegase el caso de un bombardeo, o que se adquirieran un número prudente de camillas para trasladar los heridos que hubiese o que se disponga una sala para mujeres (25). Pedían también que disminuyese el número de enfermos de la Casa dando altas y restringiendo la entrada, que se estudiara el medio de abrir otra puerta al Hospital, que se hiciese una instalación de tubería de gran tamaño para poder contar con un caudal de agua rápida y en cantidad suficiente y que no se ponga bandera alta de Hospital, pero sí en las puertas, entre otras cosas.

Es conocido por la Historia lo que finalmente pasó en Cuba. La Ciudad de Cádiz pasó entonces a prepararse, superada la tristeza o en medio de ella, a recibir a los que venían y como bien ha dicho José R. Cervera Pery “una de las consecuencias más dolorosas del final de la guerra que supuso la pérdida de los últimos reductos del ultramar español, fue la repatriación de los soldados y marinos, que, parafraseando la frase histórica, habían perdido todo menos el honor”. (26)

No había ya aquellas despedidas alegres que se hicieron en los meses de marzo y abril a los que partían a Ultramar sino la triste realidad de la llegada de ingentes cantidades de hombres famélicos y enfermos. Toda la ciudad, con su “tradicional hidalguía y solidaridad acogió y atendió con cariño a los desventurados, a quienes confortaba el espléndido marco de la bahía gaditana con un sol luminoso sobre el rabioso cielo azul” (27). Por muchos condicionantes “la evacuación se llevó a cabo en condiciones realmente espantosas por la prisa desconsiderada de los vencedores y las ganas locas de regreso que tenían nuestros hombres”. (28)

En Cádiz, se establecieron, podríamos decir, como tres escenarios para llevar a cabo esa acogida. Uno es, cómo no, el puerto, la Bahía, a donde llegan lo que se llamó una flota silenciosa, el segundo escenario son los Centros Sanitarios en donde se hospitalizan los soldados enfermos y el tercero fue la Sociedad Gaditana que se movilizó alrededor del Casino Gaditano que fue quien canalizó las ayudas (29). Toda la ciudad gaditana, como sociedad civil, se volcó en atender a los repatriados.

Entre esos Centros Sanitarios se contaba el Hospital de la Misericordia o de San Juan de Dios de la Hermandad de la Santa Caridad. En octubre de ese 1898 inició su preparación ante la inminente vuelta de las tropas y se aceptó la propuesta que le hizo el Casino

Gaditano de solicitar costear 100 camas para atender a enfermos repatriados conviniendo un precio de dos pesetas por cama y día. (30)

La Hermandad, hubo de restringir el ingreso en el Hospital de otros enfermos ya que el número de plazas ofertadas era la capacidad máxima que se podía albergar y el Hermano Mayor hubo de dar normas a los Médicos de Entrada de “mientras las circunstancias no permitan admitir en el Hospital a cuantos enfermos lo soliciten, he acordado suspender el ingreso...” (31). Todo era poco para ayudar a mitigar las enfermedades y la tristeza con que volvían nuestros compatriotas.

Pero también se vieron otros muy nobles gestos como el que llevó a cabo la Escuela de Condestables de la Armada enviando su director una carta dado que todos allí “desean costear la estancia en el Hospital de San Juan de Dios de dos repatriados enfermos por todo el tiempo que haya defensores de la Patria que lo necesiten”; llegaron tarde en su ofrecimiento ya que como se les contestó “no puede hacerlo hoy directamente por cuanto la Junta directiva del Casino ha pedido la habilitación de todas las camas que sea posible disponer, pues esperan la llegada de dos vapores con una gran expedición de enfermos”. (32)

Los soldados enfermos fueron llegando al Hospital partir del 2 de noviembre de 1898 con el fondeo en la Bahía del vapor *Montserrat*. Fiel al espíritu de la Caridad y de la Humildad, el Hermano Mayor, el 3 de Noviembre envió una Nota Circular a todos los hermanos en donde decía: “(...) Habiendo ingresado en el Hospital 119 enfermos militares repatriados de la Isla de Cuba, invito y ruego a todos los hermanos de la Santa Caridad, el que asistan con frecuencia a esta nuestra Casa, cada uno a la hora que le permitan sus ocupaciones, con objeto de prestar a nuestros pobres huéspedes servicios caritativos por cualquiera de los infinitos medios que la Caridad sugiere a quien desea cordialmente el alivio del necesitado. Y confiando que no será desoído este llamamiento en consonancia con el espíritu de nuestras Constituciones, les da expresivas gracias”.

La información a que se ha tenido acceso en el Archivo Histórico de la Hermandad de la Santa Caridad está llena de documentos, podíamos decir, desgarradores. A los expedientes de los repatriados de Cuba se les asignaron un número de orden correlativo en el momento del ingreso para poder facilitar su control interno dentro del propio Hospital, sin embargo, a solicitud de las Autoridades militares, la clave para el

seguimiento de la identificación la marcaron los nombres de los buques en que habían hecho la repatriación. Imagino que para todos ellos el pisar el buque que los repatriaba les supondría, casi, estar en casa otra vez y que ese nombre los acompañaría para el resto de sus vidas, aunque para muchos de ellos fuese muy corta a partir de su embarque. (33)



Figura 7. Postal antigua del 'Vapor Correo Montserrat' (c. 1920)

En ese vapor *Montserrat*, con que se inició la repatriación en Cádiz, murieron, aún en Cuba, 27 hombres antes de hacerse a la mar y “a su llegada a Cádiz mientras esperaba al práctico para atracar fallecieron a bordo 11 pobres soldados con la miel de casa en los labios” (34). El 4 de noviembre de 1898, apenas un par de días después de iniciarse la llegada de los Repatriados, el Hospital se comunicó el fallecimiento del primero de ellos que desgraciadamente lo hacía en él, el soldado Eugenio Suárez y Suárez, pero también con satisfacción se comunicaba que “habían sido dado de alta veinte repatriados de la Isla de Cuba”. (35)

Para todo el personal del Hospital, para toda la Hermandad, tuvieron que ser unos momentos de grandes esfuerzos. La capacidad del Hospital, que se había comunicado con anterioridad, era de cien camas, aunque nunca se ocupaban, y ahora se estaba

superando ampliamente esa cifra. Por otra parte, los ingresos de los enfermos se producían en oleadas cuando llegaban los barcos, como queda reflejado en sus fechas. Es de destacar la llegada del vapor *Lake Ontario* el 4 de febrero de 1899 que supuso el ingreso de sesenta enfermos en ese día.

Especial mención, y sirva como una muestra del estado en que llegaban los enfermos, es el reflejado cuando se comunicó el día 24 de diciembre del año 1898 que “a las 3 de la tarde de hoy ha fallecido en este Hospital uno de los repatriados que desembarcaron del *Colón*, al que no pudo tomársele dato alguno por llegar en estado agónico, pero según manifestación de uno de sus compañeros se llamaba José Benjumea y pertenecía a la 4ª Compañía del Regimiento de Soria nº 9”. (36)

Dentro de la profunda tristeza hay que hablar del alto número de fallecidos en el Hospital y de los inicios de expediente de *ab intestato*, el que se inicia al morir alguien del que se desconoce su testamento con la idea de custodiar sus pertenencias hasta hacer entrega de ellas a sus herederos, que había que realizar. Es más, el propio Gobierno Militar da unas normas de cómo se han de comunicar los fallecimientos para poder facilitar el expediente de custodia de sus bienes, así como que se comunique la hora de los enterramientos de los que fallecían y que se realizaban acompañados por los Hermanos de la Santa Caridad. (37)

En cuanto a decir “si dejan dinero o efectos” se deduce por la práctica totalidad de la correspondencia analizada que no dejan casi nada como se dice en uno de ellos “ha dejado tres pesetas noventa y cinco céntimos en efectivo y una manta vieja” o, absolutamente nada, como el que se informa “el fallecimiento del repatriado Francisco Urbietta Subricas ocurrido a las 11½ de la noche de ayer el cual había desembarcado en el mismo día del vapor *Fulda*. No se le ha encontrado dinero ni efecto alguno” haciendo verdad lo que se decía de ellos que perdieron todo menos el honor. (38)

En la triste vida hospitalaria, que la llegada de los repatriados imprimía, puso una nota positiva el ofrecimiento que se recibió de Don Gabino García Barona para ser nombrado profesor honorario de gimnástica, sin pretender ninguna clase de retribución ni gratificación por dicho cargo. Fue aceptado el ofrecimiento al considerar el informe favorable que hicieron los Médicos (39). No se tiene constancia del efecto benéfico de la gimnástica en los enfermos, pero a buen seguro que lo tuvo; se considera que esa

“gimnástica” de entonces podría ser hoy algo de la fisioterapia o ejercicios que mejorasen la vida hospitalaria. Hay que decir que la Hermandad de la Santa Caridad, en su Hospital de la Misericordia o de San Juan de Dios, atendió un total de 947 repatriados. Las admisiones finalizaron en el Hospital con ese repatriado número 947, quien tuvo fecha de entrada en el Hospital el 5 de marzo de 1899; causalmente era el único marinero ya que consta que lo era del *Vizcaya* y que fue desembarcado en Santander con los demás prisioneros de la Escuadra de Cervera en la que perteneció a la tripulación del antes nombrado *Vizcaya*. Al producirse esta alta médica, en marzo de 1899, en escrito al Gobernador Militar, el Hermano Mayor remitió la relación de los 87 repatriados que habían fallecido en el Hospital de San Juan de Dios desde que comenzó la repatriación. Se cerró así una trágica lista de entrega, sacrificio, caridad y humildad. (40)

La Hermandad de la Santa Caridad, decidió el 23 de abril de 1899, ante el esfuerzo que todos en el Hospital habían realizado, nombrar una Comisión que “estudie las recompensas que deban darse por los servicios extraordinarios que se hayan prestados por todo el personal, así como las Hermanas de la Caridad y los Sres. Médicos de Visita” (41). La Comisión, además de dar un sueldo a los empleados, 400 pesetas a las Hermanas de la Caridad decidieron que “visto el cariño y asiduidad con que han prestado sus servicios nuestros hermanos, los médicos de visita de la casa, Don Francisco García de Arboleya, Don Cayetano del Toro y Don Juan Luis de Höhr; se colocarán sus retratos en el anfiteatro”. (42)

## 6. Conclusiones

A través de fondos documentales como el Archivo Secreto Vaticano, la Biblioteca Nacional de Francia, el Archivo General de Simancas, el Archivo General de Indias, el Archivo Histórico Provincial de Cádiz, Archivo Municipal y el Archivo de la propia Hermandad de la Santa Caridad ponemos de relieve la importancia que para la Historia de la Sanidad de Cádiz ha tenido este nosocomio para la capital gaditana durante los siglos XVI al XX. Como ha podido verse a lo largo de las páginas anteriores conocer la Historia del Hospital de la Misericordia, es imprescindible para entender la Historia de los Cuidados en la capital gaditana.

## 7. Bibliografía

- (1) AGS, CCA, CED, 7, 88, 3 (1509). “Al Licenciado Francisco de Vargas, tesorero receptor de las penas de cámara, que dé en paga al Licenciado Obregón, corregidor de Cádiz, cierta cuantía de mrs que hubo de pagar por una penitencia consistente en sacar un malhechor del Hospital de la Misericordia de la ciudad de Cádiz. [Rey]”.
- (2) Sánchez Herrero, J. *Cádiz la ciudad medieval y cristiana* (1260-1525). Cádiz: Confederación Española de Cajas de Ahorro, 1981.
- (3) Concepción, J. Emporio del orbe. *Cádiz ilustrada*, 1690.
- (4) ASV. Sagrada Congregación del Concilio, (*Relationes ad Limina* caja-legajo 354: Gadicensis) Visita Ad Limina Apostolorum (1597)
- (5) AHSCCa.
- (6) AHPC. Escritura de cesión a favor de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Protocolo 5490. Escribanía Alonso de Villareal (1614).
- (7) AGI. Contratación, 955, N.1, R.38, (1627).
- (8) AGS
- (9) AHSCCa, libros número 26 (años 1711-1717), número 27 (años 1717-1720) y número 28 (años 1720-1722) de ingresos de pacientes. Entre ellos los llamados «bozales», tal como se denominaba a los esclavos que aún no podían expresarse en lengua castellana.
- (10) AHSCCa, libro número 26 (años 1711-1717) de ingresos de pacientes, p. 126.
- (11) AHSCCa, libros número 26 (años 1711-1717), número 27 (años 1717-1720) y número 28 (años 1720-1722) de ingresos de pacientes.
- (12) AHSCCa, libro número 462 de salarios y censos (1703-1725), p. 306-344.
- (13) AHSCCa, libro número 444 de gastos extraordinarios (1703-1730), p. 122-269.
- (14) Vidal Galache. B. *El Hospital de San José de San Fernando en los siglos XVIII y XIX y sus relaciones con el Real Colegio de Cirugía de Cádiz*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Cádiz, 1989, p. 298, 307.

- (15) Ponz, A. *Viage de España*, vol. XVIII. Madrid: Eds. Atlas, 1794.
- (16) Blanco Villero, J. y García-Cubillana de la Cruz, J.M. *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz. Crónica sanitaria de un Bicentenario*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2013.
- (17) Retegui Bensusan, M. *El Hospital de la Misericordia, vulgo San Juan de Dios*. Calles y Plazas de Cádiz, Doctor Thebussem, 1912.
- (18) Sykes, W. Statistics of Cadiz. *Journal of the Statistical Society of London*, 1839, 1(6), 337-354.
- (19) Madoz, P. *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar* (Vol. 5). Est. tip. de P. Madoz y L. Sagasti, 1846.
- (20) Rosetty, J. *Guía de Cádiz, el Puerto de Santa María, San Fernando y el Departamento para el año de 1867*. Imp. y Lit. de la Revista Médica, 1867.
- (21) Nogueroles, P, Jiménez, M. A. R., y Ojeda, A. B. *El Casino Gaditano: ante las crisis sanitarias del Cádiz decimonónico*. Cádiz: Servicio Publicaciones Universidad de Cádiz, 1999. Esta labor asistencial fue realizada gracias a los fondos recaudados por el Casino Gaditano como se acredita en los documentos que se hayan en la Biblioteca, en su primera planta, bajo la custodia de su bibliotecaria D<sup>a</sup> Ana María Fimia.
- (22) AMC, Acta Cabildo Municipal Ayuntamiento Cádiz del 13 de Julio de 1898.
- (23) AMC, Acta Cabildo Municipal Ayuntamiento Cádiz del 27 de Julio de 1898.
- (24) Falcón Márquez, T (2010). Los faros de San Sebastián de Cádiz y del Morro en la Habana, en su contexto histórico y constructivo". *Trocadero*, Números 21-22, p. 223.
- (25) AHSCCa, Acta Cabildo de Gobierno de 20 de Julio de 1898.
- (26) Cervera Pery, J. R. Sociología de la repatriación. *MILITARIA Revista de Cultura Militar*, Número 13, Madrid, 1999, p. 47.
- (27) *Ibidem*, p. 51.
- (28) *Ibidem*, p. 52.
- (29) Millán Chivite, J L. Cádiz siglo XX del Cádiz hundido al Cádiz resucitado, *Historia de Cádiz*, Tomo IV, Cádiz, 1993, p. 25.
- (30) AHSCCa, Acta Cabildo de Gobierno de 7 octubre 1898 y A.H.C.C. Copiador de correspondencia.1898. Nº 603.

- (31) AHSCCa, Copiador de correspondencia. 1898. Nº 607.
- (32) AHSCCa, 1898 y A.H.C.C. Copiador de correspondencia. 1898. Nº 649.
- (33) AHSCCa, 1898. Escrito GOBIERNO MILITAR DE CÁDIZ. 1ª DIVISIÓN DEL 2º CUERPO DE EJÉRCITO. E.M. Sección 6ª.
- (34) Cervera Pery, José R. *Opus cit.*, p. 52.
- (35) AHSCCa, Copiador de correspondencia, 1898. Nº 614 y AHSCCa, Copiador de correspondencia. 1898. Nº 613.
- (36) AHSCCa, Copiador de correspondencia, 1898. Nº 747. Al Excmo. Sr. Gobernador Militar de esta Plaza. 24-Dbre-1898. Excmo. Sr.= Tengo el honor de poner en conocimiento de V. E. que a las 3 de la tarde de hoy ha fallecido en este Hospital uno de los repatriado que desembarcaron del “Colón”, al que no pudo tomársele dato alguno por llegar en estado agónico, pero según manifestación de uno de sus compañeros se llamaba José Benjumea y pertenecía a la 4ª Compañía del Regimiento de Soria nº 9=No se le ha encontrado dinero ni efecto alguno.
- (37) AHSCCa, 1898. Escrito Gobierno Militar de Cádiz 1ª DIVISIÓN DEL 2º CUERPO DE EJÉRCITO. E.M. Sección. 6ª. Ruego a V.S. que en lo sucesivo al dar cuenta de oficio de la defunción de individuos en ese Hospital manifieste si es posible la naturaleza de estos y nombre de los padres con objeto de facilitar la pronta terminación de los expedientes ab intestatos. También sería conveniente manifestara V.S. si dejan dinero o efectos y la hora en que ha de verificarse en entierro para nombrar personal que ha de acompañar el cadáver. Dios gue. a V.S. ms. as. Cádiz 12 de Noviembre 1898. (Firmado) Duque de Nájera. Sr. Hermano Mayor del Hospital de San Juan de Dios.
- (38) AHSCCa, Copiador de correspondencia. 1898. Nº 636. Y A.H.C.C. Copiador de correspondencia. Nº 721. Al Excmo. Sr. Gobernador Militar de esta Plaza. 20 Diciembre 1898. Participándole el fallecimiento del repatriado Francisco Urbieto Subricas ocurrido a las 11 ½ de la noche de ayer el cual había desembarcado en el mismo día del vapor *Fulda*. No se le ha encontrado dinero ni efecto alguno. G. y R.
- (39) AHSCCa, Acta Cabildo Gobierno del 22 de diciembre de 1898.



- (40) AHSCCa, Copiador de correspondencia, 1898. Nº 1025. Marzo 7/899. Al Excmo. Sr. Gobernador Militar de esta Plaza. Excmo. Sr. Consecuente con su atenta comunicación fecha 24 de febrero p.pdo. tengo el honor de remitirle la adjunta relación de los 87 repatriados que han fallecido en este Hospital desde que comenzó la repatriación hasta el día de la fecha. = Dios etc.= El Director= Enrique Díaz Rocafull.
- (41) AHSCCa, Acta Cabildo de Gobierno 23 de Abril de 1898.
- (42) AHSCCa. Acta Cabildo de Gobierno de 31 de Marzo de 1900. Las pinturas fueron encargadas al afamado pintor Federico Godoy Castro quien finalizó su encargo en marzo del año 1900 cobrando 200 pesetas por cada uno de ellos. Es curioso que en el Acta de la Hermandad se reflejó un pequeño incidente por el precio convenido y se dice que “dada la dificultad de entenderse bien con el referido artista, éste supuso que se le ajustaba su trabajo en una cantidad distinta a la acordada, y ha realizado su trabajo con una labor tan esmerada que en conciencia no puede ser apreciada en lo que se acordó, proponiendo se abonen al pintor” la cantidad que pidió. Federico Godoy, el gran pintor gaditano, era sordomudo.

## **8. Fuentes**

### **Archivo Secreto Vaticano (ASV)**

Sagrada Congregación del Concilio, (*Relationes ad Limina* caja-legajo 354: Gadicensis); Visita Ad Limina Apostolorum de Antonio Zapata (1594); Visita Ad Limina Apostolorum de Maximiliano de Austria (1597).

### **Archivo General de Simancas (AGS)**

AGS CCA, CED,7,88,3; AGS Guerra y Marina Legajo 1100; AGS Guerra y Marina Legajo 1682

### **Archivo General de Indias (AGI)**

Contratación, 955, N.1, R.38, (1627)

### **Archivo Histórico Provincial de Cádiz (AHPC)**

Escritura de cesión a favor de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Protocolo 5490. Escribanía Alonso de Villareal (1614)

**Archivo Municipal de Cádiz (AMC)**

Acta Cabildo Municipal Ayuntamiento Cádiz del 13 de Julio de 1898; Acta Cabildo Municipal Ayuntamiento Cádiz del 27 de Julio de 1898.

**Archivo Hermandad de la Santa Caridad de Cádiz (AHSCCa)**

Libros número 26 (años 1711-1717), número 27 (años 1717-1720) y número 28 (años 1720-1722) de ingresos de pacientes; Libro número 444 de gastos extraordinarios (1703-1730); Libro número 462 de salarios y censos (1703-1725).

**Biblioteca Nacional de Francia (BNF)**

Plano de Cádiz (1564)

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN DE GRADUADO EN  
ENFERMERÍA EN EL MUNDO: ACREDITACIÓN  
PROFESIONAL SEGÚN EL MODELO NIGHTINGALE

HISTORY OF NURSING GRADUATE EDUCATION IN  
THE WORDL: PROFESSIONAL ACCREDITATION  
ACCORDING TO THE NIGHTINGALE MODEL

HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM NO MUNDO: CREDENCIAMENTO  
PROFISSIONAL SEGUNDO MODELO DE NIGHTINGALE

Fernanda Alves dos Santos Carregal<sup>1</sup>, Helena Pereira de Souza<sup>2</sup>, Biannka Melo dos Santos<sup>3</sup>, Andreia Guerra Siman<sup>4</sup>, Fernanda Penido Matozinhos<sup>5</sup>, Fernanda Batista Oliveira Santos<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Mestranda-Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais;  
<sup>2</sup>Discente-Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais;  
<sup>3</sup>Discente-Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais;  
<sup>4</sup>Doutora-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa; <sup>5</sup>Doutora-Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; <sup>6</sup>Doutora-Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Correo electrónico: [fernandabosufmg@gmail.com](mailto:fernandabosufmg@gmail.com)

Recibido: 30/11/2020  
Aceptado: 17/12/2020

Nota: este articulo está publicado en português 

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la historia de la educación de posgrado en enfermería en el mundo de los países que tuvieron la fundación de la enfermería profesional como modelo de Florence Nightingale. **Método:** Revisión integrativa basada en la Sociología de las Profesiones propuesta por Eliot Freidson. Se estableció como plazo: 2008 a 2019, idiomas inglés, portugués y español, en las bases de datos CINAHL y MEDLINE vía Pubmed. **Resultados:** Se seleccionaron 13 artículos, agrupados por similitud de contenido temático, analizados y discutidos utilizando el marco freidsoniano. Se enumeraron tres categorías: Conocimientos propios de enfermería; Reconocimiento de la enfermería como ciencia por parte del Estado; Enfermería: una necesidad social. **Consideraciones finales:** La historiografía de la enfermería mundial refleja la búsqueda del reconocimiento profesional ligado a las características específicas de cada lugar del mundo y a la legitimación por parte del Estado, especialmente para atender necesidades sociales. Se reconoce la importancia de la especialización, a través del dominio del propio conocimiento, para el reconocimiento de la enfermería como ciencia.

**Palabras clave:** Historia; Educación de Postgrado en Enfermería; enfermería; Habilitación Profesional; Historia de la Enfermería.

## Abstract

**Objective:** To analyze the history of postgraduate education in nursing in the world from the countries that had the foundation of professional nursing as the model of Florence Nightingale. **Method:** Integrative review based on the Sociology of Professions proposed by Eliot Freidson. It was established as a time frame: 2008 to 2019, languages English, Portuguese and Spanish, in the CINAHL and MEDLINE databases via Pubmed. **Results:** 13 articles were selected, grouped by similarity of thematic content, analyzed and discussed using the Freidsonian framework. Three categories were listed: Own knowledge of nursing; Recognition of nursing as a science by the State; Nursing - a social need. **Final considerations:** The historiography of world nursing reflects the search for professional recognition linked to the specific characteristics of each location in the world and to the legitimation by the State, especially to meet social needs. The

importance of expertise is recognized, through the domain of own knowledge, for the recognition of nursing as a science.

**Keywords:** History; Education, Nursing, Graduate; nursing; Credentialing; history of nursing.

### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar a história da educação de pós-graduação em enfermagem no mundo a partir dos países que tiveram como base de constituição da enfermagem profissional o modelo de Florence Nightingale. **Método:** Revisão integrativa pautada na Sociologia das Profissões proposta por Eliot Freidson. Estabeleceu-se como recorte temporal: 2008 a 2019, idiomas inglês, português e espanhol, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE via Pubmed. **Resultados:** Selecionou-se 13 artigos, agrupados por similaridade de conteúdo temática, analisados e discutidos a partir do referencial freidsoniano. Elencou-se três categorias: Conhecimento próprio da enfermagem; Reconhecimento da enfermagem como ciência pelo Estado; Enfermagem - uma necessidade social. **Considerações finais:** A historiografia da enfermagem mundial reflete a busca do reconhecimento profissional atrelado às características próprias de cada localidade do mundo e à legitimação pelo Estado, sobretudo para suprir necessidades sociais. Reconhece-se a importância da expertise, pelo domínio do saber próprio, para o reconhecimento da enfermagem como ciência.

**Descritores:** História; Educação de Pós-graduação em Enfermagem; Enfermagem; Credenciamento; História da Enfermagem.

## 1. Introdução

O cuidado está presente na humanidade desde o seu princípio, afinal se trata de algo intrínseco à sobrevivência humana. Os processos do cuidar eram passados de pessoa para pessoa, de forma empírica e não havia construção, padronização ou reflexão crítica acerca destes, configurando-se uma ocupação centrada em torno de mulheres e religiosas. Aos poucos as práticas foram estruturadas em torno de conhecimentos que vão além do simples fazer, deixando de ser mecânicas e passando a ser reflexivas e sistematizadas. (1)

Na configuração dessa nova era de cuidados, um nome foi reconhecido mundialmente: Florence Nightingale. Nascida em 1820, esta mulher viveu na Inglaterra vitoriana em um contexto marcado pelo protestantismo, crescimento populacional e insalubridade nas comunidades. O cuidado de enfermagem, neste momento histórico, era de pouco prestígio social realizado por pessoas intituladas “escórias da sociedade” ou por religiosos. (2)

Inserida na enfermagem, por escolha própria e contrária aos desejos da família burguesa, Florence Nightingale destacou-se por estratificar socialmente e tecnicamente o trabalho em torno da mulher laica e pelo desenvolvimento de bases estruturais de conhecimento científico para o cuidado a partir da primeira teoria de enfermagem – Teoria Ambientalista, de sua autoria. O destaque também se deu pela criação de uma escola de enfermagem vinculada ao Hospital St. Thomas. A escolarização e sistematização da prática permitiu os primeiros passos para a profissionalização da enfermagem, instaurando a enfermagem moderna (3). O modelo de enfermagem escolarizada de Florence Nightingale criou um padrão, culminando em visibilização da classe, apoiando o curso de legitimação desta como necessidade social.

O padrão Nightingale de formação em enfermagem ganhou o mundo, recebendo em diferentes localidades características próprias segundo as necessidades sociais, culturais e políticas. A preocupação com o delineamento de um saber próprio aproximou a enfermagem da pesquisa e produção científica, permitindo avançar na especialização, o que por sua vez também contribuiu com a profissionalização. Percebe-se que os países que apostaram no crescimento da produção de conhecimento em enfermagem,

buscaram a implantação e fortificação deste por meio dos cursos de pós-graduação stricto sensu. (4)

Historicamente os delineamentos da profissionalização da enfermagem são marcados pela consolidação do saber institucionalizado atrelado ao alcance da expertise, autorregulação e autonomia profissional. No campo da estruturação da enfermagem como profissão torna-se necessário considerar o contexto e a influência do legado de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna. A análise da trajetória profissional da enfermagem muito apontará a relação entre a conquista dos saberes especializados, a legitimação do Estado, por meio do seu poder normativo para potencializar o credencialismo e atender a necessidade social. (5)(6)

Partindo do pressuposto de que o modelo de Florence Nightingale foi fundamental para a construção da profissão de enfermagem e seus reflexos para a busca de construção de conhecimento próprio por meio da pós-graduação, desejou-se compreender em que medidas este modelo influenciou o mundo na consolidação da enfermagem como área de conhecimento científico.

Sabe-se que, cada vez mais, mundialmente, a enfermagem vem sendo reconhecida como ciência, aumentando a quantidade e qualidade de suas pesquisas e produção em torno do seu saber, o que contribui para elevar a capacitação dos profissionais. Esta busca intensa da classe em se firmar neste cenário tem relação também com o processo de institucionalização da pós-graduação. Neste sentido, vale o esforço de debruçarmos sobre o domínio dos saberes institucionalizados, pois este sinaliza os delineamentos da profissionalização.

## **2. Objetivo**

Analisar a história da pós-graduação em enfermagem no mundo a partir dos países que tiveram como base de constituição da enfermagem profissional o modelo de Florence Nightingale.

## **3. Métodos**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esta foi escolhida por permitir uma

análise e síntese dos resultados advindos em pesquisa sobre o objeto de estudo de forma sistemática e abrangente (7), o que atende a perspectiva de um estudo ampliado para a literatura mundial.

### **Procedimentos metodológicos**

Foram realizadas cinco etapas: 1) elaboração da pergunta de pesquisa “Considerando a construção de um conhecimento próprio para a enfermagem: “Como ocorreu o processo histórico da qualificação dos enfermeiros no mundo que tiveram como base de constituição o modelo Nightingale?”; 2) construção de estratégia para busca nas bases de dados CINAHL e MEDLINE via Pubmed com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Educação de Pós-graduação em Enfermagem; Enfermagem; Educação; História da Enfermagem; 3) elaboração dos critérios de inclusão e exclusão, detalhados logo abaixo; 4) análise dos resultados dos estudos tendo como elementos norteadores a profissionalização segundo Eliot Freidson (5): legitimação do Estado; domínio/expertise do saber próprio; e necessidade social; 5) interpretação e escrita dos resultados. (8)

### **Coleta e organização dos dados**

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a janeiro de 2020. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se artigos encontrados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, sendo publicados no período de 2008 a 2019, com indexação na CINAHL e MEDLINE, captada via PubMed. Como critérios de exclusão foram instituídos: trabalhos que não contemplassem a temática ou não respondessem à questão norteadora do estudo, assim como teses, editoriais e dissertações.

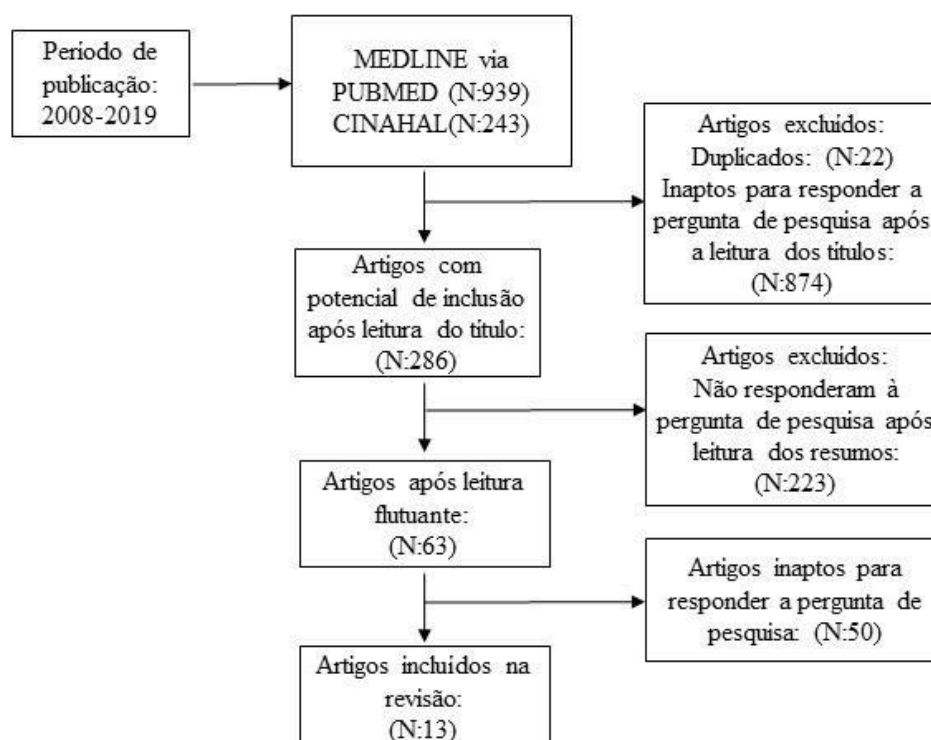
### **Análise dos dados**

Seguindo tal estruturação de pesquisa, foram encontrados 1.182 artigos. As pesquisadoras criaram, então, uma planilha eletrônica para relacionar de forma sistemática os artigos encontrados, seguindo critérios de inclusão e exclusão e se respondiam a questão norteadora. Em um primeiro momento foi realizada a análise dos títulos e resumos de cada trabalho. No segundo momento avaliou-se, a partir de leitura



na íntegra, os artigos selecionados, resultando em uma amostra final de 13 estudos (figura 1).

A amostra final foi então agrupada por similaridade de conteúdo temático para análise e discutidos a partir do arcabouço teórico da profissionalização segundo o sociólogo Eliot Freidson. Foi possível delinear três categorias discursivas: Conhecimento próprio da enfermagem; Reconhecimento da enfermagem como ciência pelo Estado; Enfermagem - uma necessidade social.



**Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos que compõem a amostra.**

#### **4. Resultados**

Para síntese e análise das 13 publicações, o quadro sinóptico elaborado (quadro 1) contou com as seguintes informações: identificação do estudo, ano da publicação, país, delineamento da pesquisa e principais resultados. Os artigos analisados foram publicados em diferentes regiões do mundo, constatou-se 2 publicações dos Estados Unidos, 2 do Brasil, 2 da China, 2 da Suécia e 1 em cada um destes: Turquia, Quênia, Espanha, Coreia e Cuba. Os números mostram distribuição equilibrada, fazendo notar a ausência dos continentes América Central e Oceania. Todas as localidades analisadas

tiveram em alguma medida a influência do modelo nightingaleano na constituição da enfermagem profissional e na pós-graduação em enfermagem.

Observa-se que os textos foram publicados, em sua maioria, nos anos de 2008 e 2011 com 3 artigos em cada ano; seguidos de 2010 e 2012 com 2 artigos cada; e, 2009, 2014 e 2018 com 1 artigo cada ano, o que também sinaliza uma produção pequena, mas equilibrada sobre tal temática no mundo neste recorte temporal.

| Artigos - ano - país        | Delineamento da Pesquisa                | Principais resultados                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A1<br>2008 - Turquia        | Revisão de literatura histórica         | Seguiu o modelo nightingaleano devido à Guerra dos Balcãs (1912). A primeira escola de enfermagem foi fundada em 1925 após a Primeira Guerra Mundial.                                                                              |
| A2<br>2008 - Quênia         | Estudo qualitativo, transversal         | O programa de mestrado em enfermagem, por influência norte-americana, emergiu de necessidades expressas pelos enfermeiros quenianos: saúde pública (doenças infectocontagiosas e saúde materno-infantil).                          |
| A3<br>2008 - Estados Unidos | Estudo qualitativo descritivo histórico | Estudo do <i>Institute Of Medicine</i> , Estados Unidos, 2001, identificou competências intrínsecas aos profissionais de saúde. Destaca-se na especialização a prática baseada em evidências e o atendimento centrado no paciente. |

|                           |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A4<br>2009 - Espanha      | Estudo qualitativo<br>descritivo<br>histórico-<br>documental | 1ª escola de enfermagem na Espanha, modelo anglo-saxão, 1898, estava sob coordenação de religiosas. Em 1933, o governo da Catalunha criou sua própria escola rompendo o vínculo religioso (católico) com a profissão. Em 1999 houve reestruturação do ensino universitário sendo adotadas: Graduação e Pós-graduação (mestrado e doutorado).                                                                             |
| A5<br>2010-Brasil         | Estudo descritivo<br>quantitativo                            | A busca pela pós-graduação <i>stricto sensu</i> (1950), modelo anglo-americano, começou com a necessidade de investimento no conhecimento próprio por meio de pesquisas. Em 1968, a Reforma Universitária trouxe esta exigência para lecionar em cursos de nível superior. O 1º mestrado em enfermagem foi ofertado pela EEAN (1972) e o 1º doutorado foi parceria entre as EE da USP Ribeirão Preto e São Paulo (1981). |
| A6<br>2010-Estados Unidos | Estudo qualitativo<br>descritivo histórico                   | A enfermagem norte americana da costa oeste, modelo anglo-americano, percebia a escassez de recursos humanos para lecionar no ensino da pós-graduação em enfermagem no país, por meio de dados divulgados pela Associação                                                                                                                                                                                                |

|                               |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                                                    | <p>Americana de Faculdades de Enfermagem. Criou-se um programa de doutorado acelerado em enfermagem, que tinha como objetivo aumentar o número de profissionais doutores, pois os ex-alunos do programa de doutorado acelerado, após a conclusão do curso, deveriam se comprometer a lecionar por 3 anos na pós-graduação em enfermagem.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>A7</p> <p>2011 - China</p> | <p>Estudo qualitativo<br/>descritivo histórico</p> | <p>Em 1920 foi possível a construção de uma escola de enfermagem em <i>Peking Union Medical College</i>, em Pequim/China, por meio de um financiamento da Fundação Rockefeller/EUA. Em 2008, essa mesma escola formou a primeira turma de enfermeiros doutores advindos de uma parceria com a <i>Johns Hopkins University/EUA</i>. Esse convênio se deu com o objetivo de promover autonomia na China, em menor tempo hábil, para a oferta de cursos de doutorado em enfermagem. Outro aspecto dessa parceria era a intercambialidade entre os países, visto que alunos chineses iam para os EUA estudarem e retornavam para a China,</p> |

|                   |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                         | compondo o corpo docente, facilitando a abertura de novos programas de pós-graduação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| A8<br>2011-Coréia | Estudo descritivo transversal           | O primeiro programa de doutorado em enfermagem dos Estados Unidos foi ofertado em 1930. Mais tarde, em 1978, a Coreia/Ásia também implantou o curso. Embora haja uma distância considerável entre a implementação desses programas, houve rápido crescimento da busca desses por profissionais da enfermagem. Esse movimento fez com que mais programas fossem criados com o intuito de suprir tal demanda.                                                                                                                     |
| A9<br>2011-Suécia | Estudo qualitativo descritivo histórico | O ensino da enfermagem na Europa era diverso e heterogêneo. Para buscar uma uniformidade de ensino foi assinado, em 1999, o Acordo de Bolonha, construído sob influência do modelo norte-americano, e que incluiu a Suécia. Embora o Acordo propusesse uniformidade, os diferentes contextos e processos dos países influenciaram o delineamento da profissão. Com o intuito de se alinhar aos requisitos de Bolonha, a Suécia começou a desenvolver os programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem. Em 2007, |

|                     |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                     | todas as instituições suecas que ofereciam programa de pós-graduação se reuniram para formularem um protocolo para a oferta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| A10<br>2012-China   | Estudo qualitativo<br>descritivo histórico          | A primeira escola de enfermagem na China foi fundada em 1920, sob influência norte-americana/Fundação Rockefeller, interrompendo suas atividades como nível superior em 1951, assim como as outras escolas do país, devido à falta de subsídio do governo que estava submerso em crise financeira. Em 1983, o governo chinês autorizou o reconhecimento da enfermagem como profissão de curso superior. Em 1992 foi criado o primeiro curso de mestrado em enfermagem ( <i>Peking Union Medical College</i> ) que teve como objetivo formar/capacitar pesquisadores para a área e, em 2004, o primeiro curso de doutorado em enfermagem foi criado. |
| A11<br>2012- Brasil | Estudo descritivo,<br>quantitativo e<br>documental. | Os cursos de pós-graduação, no Brasil, foram liberados a partir de 1965 com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, por meio do parecer 977/1965 (parecer Sucupira). Os                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                            |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                    | <p> cursos <i>stricto sensu</i> em enfermagem iniciaram em 1972 com a oferta do primeiro curso de mestrado e, a partir daí, houve um crescimento considerável da oferta e procura nesta modalidade.</p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>A12<br/>2014-Cuba</p>   | <p>Estudo qualitativo<br/>descritivo histórico</p> | <p>Em 2004, a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional selou uma parceria com Cuba, influenciada pelos preceitos da Enfermagem Moderna, financiando o desenvolvimento da área de enfermagem neste país. Esse projeto visava melhorar a saúde e o bem-estar da população, capacitando os profissionais de enfermagem, uma demanda constatada na enfermagem cubana. Para isso, montaram um programa de doutorado em enfermagem.</p> |
| <p>A13<br/>2018-Suécia</p> | <p>Estudo qualitativo<br/>descritivo histórico</p> | <p>A Suécia entrou no Acordo de Bolonha de 1999 e já se organizava pela uniformização do ensino. No norte do país foi constatada uma escassez de profissionais médicos. Devido a esta lacuna, a Universidade de Sköve, nos anos 2000, iniciou a oferta do programa de mestrado para enfermeiros de prática avançada. Este proporcionou a capacitação dos profissionais de enfermagem e a</p>                                                |

|  |  |                                                                                                                                                                  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | resolução do problema regional da falta de médicos, pois os enfermeiros tornaram-se aptos à prática de algumas atividades, até então, consideradas atos médicos. |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Quadro 1. Distribuição dos artigos analisados e incluídos na revisão integrativa segundo a ordem do ano de publicação, país, delineamento da pesquisa e principais resultados.**

O cuidado na história da humanidade sempre esteve alinhado à mulher em razão da figura materna e da religiosa, altruístas e abnegadas, que servem filhos, família e enfermos/necessitados. Florence Nightingale pode ter usado desses símbolos femininos para tornar a ocupação da enfermagem em um trabalho/profissão para a mulher. Apesar de os 13 estudos não trazerem claramente esta abordagem, dois (9)(10) tiveram o cuidado de mencionar a presença das mulheres na enfermagem. A Turquia conservou a tradição do gênero feminino até 2007, o que guarda relação com características culturais e religiosas (muçulmanismo) (9). O Brasil passou a incorporar o gênero masculino com a Reforma Universitária de 1968 que mudou completamente a forma de ingresso nas escolas de enfermagem por meio do vestibular. (10)

Ainda sobre o sistema Nightingale, um fato marcante e decisivo para transformação ocupação-profissão, foi a escolarização. Florence Nightingale inovou ao considerar a necessidade do estudo para se tornar enfermeira. Neste sentido, boa parte dos artigos analisados reservaram discussões em torno de saberes próprios e especializados (11)(17) por meio da pós-graduação *stricto sensu*, para potencializar a profissão.

É inegável que os Estados Unidos, ao incorporarem características tayloristas e capitalistas ao modelo Nightingale, sendo também pioneiros na oferta de pós-graduação em enfermagem (11), influenciaram outros países: Coreia/Ásia (13), Suécia (14)(17), Cuba (16). Especialmente, Pequim/China (12) e Brasil (15), que também adotaram o modelo anglo-americano, fazem menção do fomento da Fundação Rockefeller e apoio do John Hopkins.



Outra questão a ser abordada é que a Inglaterra vitoriana do século XIX, majoritariamente protestante, em que Florence Nightingale nasceu e viveu, imprimiu na enfermagem moderna um declínio da associação da figura da religiosa católica à enfermeira. Esse processo de secularização da enfermagem é marcante e foi destacado nos estudos dos Estados Unidos (11)(18), também protestante, e da Espanha (19) que rompeu com o modelo religioso católico após a Guerra Civil Espanhola (1939), já na ditadura do *Primer Franquismo* (1939-1945).

Sobre enfermagem e religiosidade, caso curioso foi o do Brasil. Trata-se de país tradicionalmente católico, mas que apostou em 1923 no modelo anglo-americano, implantado por enfermeiras protestantes norte-americanas. A ideia partiu do médico Carlos Chagas, responsável pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (10). Assim, há uma conformidade do Estado com esta iniciativa.

No entanto, por anos, irmãs de caridade brasileiras se viram obrigadas a fazer enfermagem para serem reconhecidas enfermeiras. Enquanto, alguns expoentes da enfermagem brasileira, Laís Netto dos Reys, Waleska Paixão e outras mulheres católicas, imprimiam no modelo anglo-americano as suas convicções católicas nas escolas de enfermagem que fundaram. Realça-se que este elo da enfermagem brasileira com o catolicismo não impediu a escolarização e busca pelo saber especializado por meio da pós-graduação. (10)

Neste sentido, a busca pela especialização profissional, adquirida por meio dos cursos de pós-graduação, pode resultar em notoriedade científica para a profissão. Por meio das pesquisas e da construção do conhecimento próprio, a enfermagem busca a legitimação do seu saber pautado em evidências científicas (10)(11)(13). Por outro lado, há programas de pós-graduação que surgem devido à falta de outros profissionais da área da saúde, como o médico. O caso do norte da Suécia (17) retrata um mestrado em enfermagem de práticas avançadas para capacitar enfermeiros a realizarem atos médicos.

Apesar de a enfermagem conseguir expandir seu campo científico com a criação de cursos de pós-graduação (13), o que contribui com a profissionalização, também é necessário que o Estado e seu poder legislativo apoie e reconheça formalmente a enfermagem como profissão e ciência. Isto foi identificado em 2007, na Espanha, quando o governo espanhol reconheceu os títulos de bacharelado, mestrado e

doutorado na própria área da enfermagem (19); no Brasil, um marco importante do incentivo ao saber especializado é a Lei de diretrizes e bases (1965) (15) e a Reforma Universitária de 1968 (10); o Acordo de Bolonha (1999) retratado pelo estudo sueco (14); e o reconhecimento da enfermagem como profissão de curso superior pelo governo chinês. (20)

Sobre a profissionalização da enfermagem para atender necessidade social, os estudos abordam temas relacionados às demandas de saúde pública como doenças infectocontagiosas (10)(21), bem como questões da ordem de escassez de profissionais capacitados a lecionar em cursos de pós-graduação (18) e atuar na ponta com assistência aos doentes (16). Esses pontos estão interligados, uma vez que a enfermagem é essencial aos serviços de saúde pública e, para uma atuação de qualidade, é necessário um preparo técnico-científico. Realça-se que o caso do norte da Suécia, com o mestrado de práticas avançadas (17), atende uma necessidade social, mas não se pode precisar o quanto contribui para a construção do saber da enfermagem.

## **5. Discussão**

### **Conhecimento próprio da enfermagem**

Historicamente, a obtenção do conhecimento próprio de enfermagem proporcionou o alcance das credenciais profissionais, agregando valores e poder, permitiu a ruptura com a enfermagem pré-profissional, anterior à institucionalização da formação acadêmica, proposta por Florence Nightingale em 1860. O desenvolvimento dos saberes próprios da profissão contribuiu com a transição para a enfermagem profissional, refletindo na legitimação do cuidar. (22)(23)

Na perspectiva da sociologia das profissões de Eliot Freidson, profissão é caracterizada como um tipo de ocupação especializada, autônoma e auto regulada com base na obtenção do conhecimento exclusivo em instituições educacionais (24). Os saberes próprios da profissão pautados no conhecimento científico podem proporcionar a autonomia necessária para o empoderamento da enfermagem e sua visibilização como ciência. Neste sentido, Florence Nightingale oportunizou esta visibilização com seus feitos na Guerra da Crimeia, tendo sido condecorada, em 1883, pela rainha Vitória com

a Cruz Vermelha Real e em 1907 por ter se tornado a primeira mulher a receber a Ordem do Mérito. (3)

Desde então, esforços têm sido empreendidos para a formação profissional da enfermagem, tendo o modelo Nightingaleano grande influência. As contribuições de Nightingale traduziram-se em avanços no âmbito do conhecimento, organização e educação. A organização da enfermagem destaca-se com base nos esforços da Florence Nightingale na busca do reconhecimento e respeito dos profissionais médicos, além da contribuição na reforma hospitalar. Referente à educação, percebe-se a influência do Modelo Nightingaleano nas escolas, possibilitando a consolidação do conhecimento próprio de enfermagem e o surgimento da pós-graduação em várias partes do mundo. (6)(25)

Reconhece-se o início da profissionalização da enfermagem atrelado a institucionalização do saber científico com a criação de escolas profissionais tendo como marco a escola de enfermagem do Hospital Saint Thomas em 1860 (26). No cenário brasileiro evidenciam-se similaridades com a formação profissional de outros países, influenciados, principalmente, pelo modelo de ensino anglo-americano. (10)(27)

A pós-graduação brasileira surgiu em um contexto de ditadura militar e pelo reconhecimento da educação como capital humano, sendo indispensável à formação de recursos humanos de alto nível para o desenvolvimento econômico do país. Assim, a institucionalização da pós-graduação tornou-se a mola propulsora do desenvolvimento brasileiro (28). Os cursos de pós-graduação foram definidos pelo Conselho Federal de Educação e aprovados em 1965, com base no Parecer Sucupira nº. 977/1965. O parecer faz um esforço no sentido de conceituar o que seria a pós-graduação, demonstrando a necessidade da implementação desta modalidade de ensino nas universidades para consolidar a produção científica e proporcionar a formação dos professores universitários. (15)(29)

Seguindo os marcos históricos que contribuíram para a criação e consolidação da pós-graduação brasileira, evidencia-se a Lei nº. 5.540/1968 conhecida como reforma universitária. A reforma adotou o sistema norte-americano e visava à expansão das instituições públicas e a articulação das atividades de ensino e pesquisa no qual a pós-graduação *stricto sensu* exerceria um papel central. (10)(28)(30)

O primeiro curso de mestrado surgiu no Brasil no ano de 1972 na Escola de Enfermagem Anna Nery, após esforços para suprir a carência de professores capacitados para atuarem nos programas de pós-graduação *stricto sensu*. O apoio financeiro da instituição norte-americana, Fundação Rockefeller, foi imprescindível neste processo a nível mundial, por meio da atuação de concessão de bolsas de estudos possibilitou a realização da pós-graduação. As enfermeiras vinculadas a EEAN realizaram a especialização nos Estados Unidos, curso existente naquele país desde a década de 1930. (10)(31)

O pioneirismo da EEAN na oferta do curso de mestrado no Brasil pode ser facilmente compreendido a partir da análise do percurso histórico da instituição. A Escola de Enfermagem Anna Nery implementou o Sistema Nightingale por intermédio de enfermeiras norte-americanas em resposta ao convite do governo, expresso pela solicitação do médico sanitário Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. (32)

A importância dessa iniciativa refletiu no contexto social vivenciado no país, sendo o *sistema Nightingale* reconhecido e amparado pela legislação estabelecida na década de 1930, assim, a EEAN tornou-se o modelo padrão brasileiro de ensino no país (33). Outro fator preponderante para o surgimento da pós-graduação no país foram as parcerias estabelecidas entre as escolas de enfermagem, o primeiro curso de doutorado no Brasil foi fruto da parceria entre as Escolas de Enfermagem da USP Ribeirão Preto e São Paulo (1981). (10)

Assim, a enfermagem vem se sustentando e se reconstruindo como profissão alicerçada no conhecimento científico, refletindo sobre boas práticas profissionais pautadas na qualidade do cuidado assistencial. É possível observar a visibilidade e inserção internacional dos programas de pós-graduação em enfermagem, proporcionando a qualificação profissional em nível avançado e as credenciais necessárias para a autoridade e domínio do conhecimento próprio. (23)

Neste contexto, as evidências apontam a conexão entre os países e a forte influência norte-americana no processo de institucionalização e estruturação da pós-graduação em várias regiões do mundo (21). O apoio financeiro da Fundação Kellogg foi

fundamental para a expansão dos programas de pós-graduação, ofereceu as condições necessárias para a capacitação dos professores universitários (10)(12)(13)(31)

A historicidade da pós-graduação reflete os esforços empreendidos para o reconhecimento social do saber especializado, reforçando os princípios do profissionalismo defendidos por Freidson. O conhecimento formal adquirido nos programas de pós-graduação pode constituir elementos de hierarquização e diferenciação profissional. Assim, entende-se que o processo de profissionalização compreende também o estabelecimento da expertise para garantir reserva no mercado de trabalho. (24)

### **Reconhecimento da enfermagem como ciência pelo Estado**

A enfermagem moderna a partir de Florence Nightingale percorreu um longo caminho de estruturação para se constituir como campo científico, refletindo no processo de construção da autonomia profissional (23). A historiografia da enfermagem reflete os delineamentos da profissionalização e a relação entre o fortalecimento dos saberes próprios da profissão e o reconhecimento e proteção do Estado. (34)

A literatura acena a importância do reconhecimento da enfermagem como ciência pelo Estado para a legitimação das práticas assistenciais e do discurso profissional. Para suprir as demandas sociais o governo mobiliza esforços para o avanço da profissionalização, permitindo o alcance das credenciais para a obtenção de reservas no mercado de trabalho. (24)(32)(34)

Considerando a pós-graduação um campo fértil para a produção de conhecimento científico, buscou-se apresentar elementos que contribuem para a compreensão da relação Estado e legitimidade do saber próprio da enfermagem. A produção científica brasileira em enfermagem alavancou na década de 1970 com o surgimento dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, motivado pelo contexto sócio-histórico e político em que se almejava o avanço da profissionalização e progresso do país neste campo (35). Assim, o Estado brasileiro mobilizou esforços e estabeleceu vínculos que impuseram a cultura da produção científica às universidades e, na enfermagem, a propagação do modelo de ensino norte-americano seguiu os caminhos da pós-graduação nos Estados Unidos. (11)

Na Europa em 1999 foi feito o Acordo de Bolonha, construído sob influência do modelo norte americano, com o propósito de fortalecer e unificar a educação superior, viabilizando assim a concorrência equilibrada e justa no mercado de trabalho pela uniformidade de acesso ao conhecimento formal. (14)

A análise dos manuscritos (11)(14)(18)(19)(20) permite constatar que os delineamentos da profissionalização são marcados historicamente pelo processo da busca pela autoridade da expertise, que por sua vez é estabelecida por um processo social e político (34,36). Torna-se necessário considerar que as condições sob as quais os programas de pós-graduação em enfermagem são estabelecidos e consolidados ao longo do tempo variam de uma circunstância histórica e nacional para outra, sendo o Estado a variável mais importante para o profissionalismo. (24)(34)(35)

Há uma diversidade no processo organizacional e administrativo realizado pelo Estado, bem como no estabelecimento de políticas públicas. Assim, o processo de consolidação da pós-graduação pode ocorrer de várias formas, dependendo da variação existente nas formas de gestão do Estado. (37)

O conhecimento especializado e a busca pela autonomia profissional, defendidos pelo sociólogo Freidson, estão articulados às ações do Estado para viabilizar o processo de obtenção de credenciais necessárias para o estabelecimento da profissionalização (24). Assim, torna-se necessário incentivo à pesquisa para o fortalecimento e aprimoramento dos conhecimentos próprios de enfermagem, possibilitando a autoridade científica e práticas assistenciais baseadas em evidências. O conjunto de regulamentações e normas instituídas pelo Estado e órgãos representativos das profissões, orientam o processo formativo e a prática profissional para a prestação de serviço à coletividade. (38)

### **Enfermagem - uma necessidade social**

Na proposição teórica da Sociologia das Profissões de Eliot Freidson, observa-se que no tripé da profissionalização encontra-se além do conhecimento próprio e reconhecimento legal do Estado, a demanda social (24). A prática profissional da enfermagem é considerada social quando é desenvolvida a partir das necessidades de saúde da população, em caráter individual e/ou coletivo. O conhecimento próprio da profissão é aplicado como elemento de transformação por meio de relações que

operam na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. (39)(40)

Sabe-se que o cuidado de enfermagem é essencial nas dimensões de promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência ao paciente doente e sua família, refletindo em transformações em nível global. No entanto, são imprescindíveis debates e reflexões acerca do reconhecimento social da profissão com os próprios membros da classe profissional e com a sociedade para que seja possível novas significações. (39)(41)

As abordagens realizadas em torno da profissionalização da enfermagem para suprir as necessidades sociais apresentam os direcionamentos dos saberes e práticas aplicados em prol da coletividade (9)(16). Além disso, evidencia-se a relação do conhecimento formal com o reconhecimento do Estado, legitimando a atuação dos profissionais no enfrentamento das doenças infectocontagiosas. (21)

Atualmente, o mundo está voltado para a pandemia do COVID-19. As investigações realizadas em diferentes países têm apresentado a distribuição mundial do novo coronavírus, identificado em humanos pela primeira vez na China, e não há evidências que retratem como e em quais circunstâncias. A transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias de pessoas infectadas e pode ocasionar doença respiratória potencialmente grave com alta mortalidade. (42)

Historicamente, a enfermagem está na linha de frente no combate a epidemias e pandemias. O legado de Florence Nightingale possibilitou o reconhecimento social da enfermagem como uma profissão que promove a redução de infecções por meio de condutas instituídas. As características da formação do enfermeiro e o domínio do saber próprio da profissão pode proporcionar o alcance do protagonismo do cuidado em tempos de epidemia. Assim, há um deslocamento da invisibilidade da atuação profissional pelo reconhecimento social da importância do cuidado de enfermagem, sendo necessária a reflexão acerca da produção de novos saberes de enfermagem no enfrentamento do COVID-19. (43)

No campo da saúde há um dinamismo na prática assistencial, assim como na enfermagem. Os modelos assistenciais são influenciados pelo contexto social e político, sendo necessárias adaptações e busca pelo conhecimento formal atualizado para atender as demandas sociais, visando à transformação e adaptação do processo do cuidar. (35)

Uma vez discutida a importância da enfermagem no cenário da saúde, torna-se imprescindível a atuação do Estado, via legislação do exercício profissional, garantindo condições de trabalho apropriadas para a segurança dos profissionais de saúde, assim como salários dignos compatíveis com a importância social da profissão (44). O relatório da Organização mundial da Saúde (OMS) intitulado como "State Of The World 's Nursing Report – 2020" aponta o déficit global de enfermeiros, sendo necessários esforços do Estado para aumentar o número total de graduados em enfermagem no sistema de saúde. (45)

Outro ponto de análise identificado neste estudo refere-se à prática avançada de enfermagem (17). Essa prática consiste no desenvolvimento do conhecimento especializado e obtenção de habilidades complexas para tomada de decisão, favorecendo o alcance das credenciais profissionais necessárias para o alto nível de autonomia (46)(47). No entanto, considerando a perspectiva freidsoniana, a autonomia representa a legitimidade do controle do seu trabalho, para isso torna-se necessário a relação entre a expertise, domínio do conhecimento especializado e a proteção do Estado (5). Assim, abre-se a reflexão para qual perspectiva é aberta a partir das práticas avançadas para a obtenção de habilidades que fazem parte do escopo da medicina. Questiona-se em que medidas estas são capazes de conferir a expertise do saber próprio do enfermeiro.

### **Limitações do estudo**

As limitações deste estudo estão ligadas à baixa produção em torno da temática, ainda que se releve: o equilíbrio na distribuição de estudos no recorte temporal estudado; o empenho dos pesquisadores da área em documentar a história da educação de pós-graduação em enfermagem em seus países; e a magnitude representativa do trabalho de Florence Nightingale no mundo. Tais evidências ainda são poucas ao se considerar que a captação de 1 ou 2 estudos por ano, com busca ampliada. A baixa produção faz notar também a ausência de artigos em regiões do mundo como a América Central e Oceania.

Acredita-se que a produção de estudos sobre o processo de institucionalização da pós-graduação em outros países poderia desvelar novos panoramas sobre o credenciamento



profissional na enfermagem, seguindo o Sistema Nightingale ou não.

### **Contribuições para a área da Enfermagem**

Ao desnudar os delineamentos da profissionalização da enfermagem, analisando a influência de Florence Nightingale no processo de construção do conhecimento especializado, oportunizou-se refletir sobre a autonomia, expertise, consideradas a exclusividade sobre o conhecimento próprio e o credencialismo na perspectiva da sociologia das profissões de Eliot Freidson.

A análise dos resultados contribui para a compreensão do reconhecimento da enfermagem como campo científico e do processo de institucionalização da pós-graduação com ênfase no legado de Florence Nightingale, propiciando o surgimento de novas significações sobre a historiografia da enfermagem.

Não se pode deixar de mencionar também que uma revisão de amplo espectro é capaz de apontar carências e potencialidades. O diagnóstico aqui realizado pode ser extremamente útil na medida em que permite conhecer as fragilidades da área e oportunizar apostar em novas vinculações interinstitucionais, uma vez que internacionalizar a enfermagem é um interesse comum.

### **6. Considerações finais**

O estudo histórico sobre o processo de credenciamento da enfermagem por meio da pós-graduação, influenciado pelo modelo Nightingale e o seu legado, refletem numa maior proximidade com a consolidação da enfermagem como ciência. Reconhecida mundialmente pelos seus feitos, o modelo de ensino Nightingale foi adotado em várias regiões do mundo e viabilizou o avanço do processo de profissionalização da enfermagem.

Esse estudo mostrou que a historiografia da enfermagem é marcada pela busca do reconhecimento profissional atrelado às características políticas, culturais e sociais próprias de cada localidade do mundo, ao credenciamento profissional legitimado pelo Estado, sobretudo para suprir necessidades sociais. Diante disso, deve-se reconhecer a importância do alcance da expertise, pelo domínio do saber próprio, para o desenvolvimento da autonomia e reconhecimento da enfermagem como ciência.

## 7. Referências

- (1) Vieccelli Donoso, Miguir Terezinha; Vieccelli Donoso, Maria Daniela. O cuidado e a enfermagem em um contexto histórico. Rev Enf-UFJF 2016 (1):51-55. Disponible en: <<https://enfermagem.ufjf.emnuvens.com.br/DESATIVADA/article/view/71/40>> Consultado el 12 de enero de 2020
- (2) Strickler, Jeff. Florence Nightingale Lighting the way for the future of nursing. Rev Nursing 2017 47 (12):43-45. DOI: 10.1097 / 01.NURSE.0000526887.95058.b.
- (3) Franco Couto, Jackeline; Rúbio Tyrrel, Maria Antonieta; Carvalho de Araújo, Sílvia Teresa; Tonini, Teresa; Alves Machado, Wilian César; Almeida Figueiredo, Nélia Maria. Bringing Nightingale into the 21st century: Retrospective of Nursing care from the Environmental Theory perspective. Research, Society and Development 2020 9(5): e77953122. DOI: 10.33448/rsd-v9i5.3122.
- (4) Cárdenas Becerril, Lucilia. História Da Educação De Enfermagem e As Tendências Contemporâneas. Hist Enferm Rev eletrônica 2018 9 (1):1-2. Disponible en: <[http://here.abennacional.org.br/here/v9/n1/EDITORIAL-1\\_portugues.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/v9/n1/EDITORIAL-1_portugues.pdf)> Consultado el 12 de enero de 2020.
- (5) Freidson, Eliot. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
- (6) Rocha Souza, Marli Aparecida; Loewen Wall, Marilene; Cristina de Moraes, Andrea; Almeida, Benedita; Moreira de Lima, Daniele. Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde-doença: revisão integrativa. Rev Fund Care Online 2017 9(1):297-301. DOI:10.9789/2175-5361.2017.v9i1.297-301.
- (7) Mota de Sousa, Luis Manuel; Alves Marques-Vieira, Cristina Maria; Pedro Severino, Sandy Silva; Vanessa Antunes, Ana. A metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. Rev Investigação em Enfermagem 2017 17-26. Disponible en:

<[https://www.researchgate.net/publication/321319742 Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)> Consultado el 18 de noviembre de 2019.

- (8) Ferreira Paiva, Marlla Rúbya; Feijão Parente, José Reginaldo; Rocha Brandão, Israel; Bonfim Queiroz, Ana Helena. Metodologias ativas de ensino aprendizagem: revisão integrativa. Rev Políticas Públicas 2016 15(02):145-153. Disponible en <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>> Consultado el 13 de enero de 2020.
- (9) Dal, Umran; Kitis, Yeter. The Historical Development and Current Status of Nursing in Turkey. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2008 13(2). DOI:10.3912/OJIN.Vol13No02PPT02.
- (10) Maria Garbin, Livia; Sajioro Azevedo, Ana Lúcia de Castro; Roncolato da Silva, Leandra Terezinha; Laus, Ana Maria; Pedreschi Chaves, Lucieli Dias; Rosa Gualda, Dulce Maria; et al. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização dos egressos e teses defendidas em uma década. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010 18(5):841-848. Disponible en <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt\\_02.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_02.pdf)> Consultado el 13 de enero de 2020
- (11) M. Sperhac, Arlene; Clinton, Patricia. Doctorate of Nursing Practice: Blueprint for Excellence. Journal of pediatric health care 2008, 22 (3). DOI:10.1016/j.pedhc.2007.12.015.
- (12) T. Nolan, Marie; Liu, Huaping; Li, Zheng; Lu, Chongmei; N. Hill, Martha. International Doctoral Education Partnership: The First Full-Time Doctoral Program for Nurses in China. Journal of Professional Nursing 2011, 27 (6). DOI:10.1016/j.profnurs.2011.04.010.
- (13) Ja Kim, Mi; Gi Park, Chang; Kim, Minju; Lee, Hyeonkyeong; Ahn, Yang-Heui; Kim, Euisook; Yun, Soon-Nyoung; Lee, Kwang-Ja. Quality of nursing

- doctoral education in Korea: towards policy development. *Journal of Advanced Nursing* 2012, 68 (7). DOI: 10.1111/j.1365-2648. 2011.05885.x.
- (14) German Millberg, Lena; Berg, Linda; Lindström, Irma; Petzäll, Kerstin; Öhlém, Joakim. Tensions related to implementation of postgraduate degree projects in specialist nursing education. *Rev Nurse Education Today* 2011, 31 (3). DOI: 10.1016/j.nedt.2010.11.012.
- (15) Do Carmo Cruz Robazzi, Maria Lúcia; Lorenzini Erdmann, Alacoque; Dumêl Fernandes, Josicélia; Partezani Rodrigues, Rosalina Aparecida; Lerch Lunardi, Valéria. Academic Master's courses in the field of Nursing: an analysis of course load. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012, 20 (6). Disponible en <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt\\_18.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_18.pdf)> Consultado el 15 de Febrero de 2020.
- (16) M. Scanlan, Judith; C Hernández, Abdul. Challenges of implementating a doctoral program in an international exchange in Cuba through the lens of Kanter's empowerment theory. *Rev Nurse Education in Practice* 2014, 14(4). DOI:10.1016/j.nepr.2014.01.003.
- (17) Bergström, Peter; Lindh, Viveca. Developing the role of Swedish advanced practice nurse (APN) through a blended learning master's program: Consequences of knowledge organisation. *Rev Nurse Education in Practice* 2018, 28. DOI: 10.1016/j.nepr.2017.10.030.
- (18) Scherzer, Teresa; A. Stotts, Nancy; Fontaine, Dorrie. Meeting the Nursing Faculty Shortage Challenge: An Accelerated Doctoral Program in Nursing. *Journal of Professional Nursing* 2010, 26 (6). DOI:10.1016/j.profnurs.2010.07.003.
- (19) Zabalegui, Adelaida; Cabrera, Esther. New nursing education structure in Spain. *Rev Nurse Education Today* 2009, 29 (5). DOI:10.1016/j.nedt.2008.11.008.
- (20) Zou, Haiou; Li, Zheng; Arthur, David. Graduate nursing education in China. *Rev Nursing Outlook* 2012, 60 (3). DOI:10.1016/j.outlook.2011.04.001.

- (21) Naruse, Kazuko; Tashiro, Junko; Sakyo, Yumi; Ichikawa, Wakako; K. Karani, Anna. Stakeholders' perception of the desired a Master's program for Kenya in community health nursing: Areas of competency. Japan Journal of Nursing Science 2008. DOI:10.1111/j.1742-7924.2008.00094.
- (22) SSC, Teodosio; MI, Padilha. "To be a nurse": a professional choice and the construction of identity processes in the 1970s. Rev Bras Enferm 2016, 69 (3). Disponible en < <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0428.pdf>> Consultado el 15 de Enero de 2020.
- (23) De Almeida Peres, Maria Angélica; Paim, Lygia; Gomes Brandão, Marcos Antonio. Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing. Rev Bras Enferm 2020, 73 (2). DOI:10.1590/0034-7167-2018-0373.
- (24) Freidson, Eliot. Renascimento do Profissionalismo: teoria, profecia e política. Rev Brasileira de Ciências Sociais 1998, 14 (39). DOI:10.1590/S0102-69091999000100013.
- (25) Malagutti, William; Rezende Camargo de Miranda, Sônia Maria. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. Rev Enfermagem em Foco 2011. Disponible en <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/90/75>> Consultado el 15 de Enero de 2020.
- (26) Ellis, Harold. Florence Nightingale: creator of modern nursing and public health. Journal of Perioperative Practice, 2019. DOI:10.1177/1750458919851942.
- (27) De Souza Campos, Paulo Fernando; Rosa Carrijo, Alessandra. Ilustre inominada: Lydia das Dôres Matta e enfermagem brasileira pós-1930. Hist. cienc. saude-Manguinhos 2019, 26 (1). Disponible en <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702019000100165&lng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000100165&lng=e)> Consultado el 18 de Enero de 2020.

- (28) Neves Nobre, Lorena; Randow de Freitas, Rodrigo. A Evolução da Pós-graduação no Brasil: Histórico, políticas e avaliação. Brazilian Journal of Production Engineering (BJPE) 2017, 3 (2). DOI:10.0001/ v3n22.
- (29) BRASIL. Parecer nº 977/65. Aprovado em 3 de dezembro de 1965. Brasília: MEC/CEF, 1965. DOI:10.1590/S1413-24782005000300014.
- (30) BRASIL. Presidência da República. Reforma universitária: relatório do grupo de trabalho criado pelo decreto n. 62937/68. Brasília: Presidência da República, 1968. Disponible en <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62937-2-julho-1968-404810-publicacaooriginal-1-pe.html>>
- (31) Oliveira Santos, Fernanda Batista. A trajetória histórica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: desdobramentos da federalização 1950-2004. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.
- (32) Batista Oliveira Santos, Fernanda; Alves dos Santos Carregal, Fernanda; Dias Rodrigues, Rafaela; De Cássia Marques, Rita. História da enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura? Rev Enferm do Centro-Oeste Min 2018. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1876.
- (33) Lima Dias, Nícia; Da Silva Carvalho, Monique; Paim, Lygia; Gama de Sousa Aparibense, Pacita Geovana; De Almeida Peres, Maria Angélica. Monumentos e personagens históricos: preservação da identidade profissional da enfermagem em espaço acadêmico. Hist enferm Rev eletrônica 2016, 7 (2). Disponible en <<http://here.abennacional.org.br/here/2a05.pdf>> Consultado el 13 de Diciembre de 2019.
- (34) Ferreira Silva, Fabiana. O conhecimento produzido pelos Programas de Pós-graduação em Administração nas universidades pernambucanas: análise da produção acadêmica à luz do profissionalismo de Eliot Freidson. RACE - Revista

De Administração, Contabilidade E Economia 2017, 16 (1).  
DOI:10.18593/race.v16i1.10594.

- (35) Caniçali Primo, Cândida; Barros Furieri, Lorena. Desafios e contribuições do programa de pós-graduação profissional stricto sensu em enfermagem para a formação de enfermeiros pesquisadores. Rev de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2019. DOI:10.19175/recom.v9i0.3603.
- (36) De Lima Pimenta, Adriana; De Lourdes de Souza, Maria. Identidade profissional da enfermagem nos textos publicados na REBEn. Texto Contexto Enferm 2017, 26 (1). DOI: 10.1590/0104-07072016004370015.
- (37) Dias Reis Pessalácia, Juliana. Perspectivas e desafios para os novos programas de mestrado em enfermagem no Brasil. Rev de Enfermagem do Centro oeste Mineiro 2019. DOI:10.19175/recom.v9i0.3604.
- (38) Silvan Scochi, Carmen Gracinda; Munari, Denize Bouttelet; Gelbcke, Francine Lima; Erdmann, Alacoque Lorenzini; Rivero de Gutiérrez, Maria Gaby; Partezani Rodrigues, Rosalina Aparecida. Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. Rev Bras Enferm 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700011.
- (39) Albuquerque Freire, Rosa Maria de; Lumini Landeiro, Maria José; Pereira da Silva Martins, Maria Manuela Ferreira; Martins, Teresa; Ciqueto Peres, Heloísa Helena. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016, 24:e2749. DOI:10.1590/1518-8345.0860.2749.
- (40) Pinto, Maria Benegelanía; Silva, Kênia Lara. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. Esc Anna Nery 23(1):e20180282 Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180282.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180282.pdf)>Consultado el 20 de Noviembre de 2019.

- (41) Figueiredo, Daniella Santa; Buss Heidemann, Ivonete Teresinha Schulter; Manfrini Fernandes, Gisele Cristina; Megumi Arawaka, Aline; Souza de Oliveira, Lays; Bitencourt Magagnin, Adriana. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: Possibilidade para a equidade. Rev enferm UFPE 2019, 13(4):943-51. ISSN 1981-8963. DOI:10.5205/1981-8963-v13i04a239123p943-951-2019.
- (42) Moura da Silva Antônio Augusto. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Rev Bras Epidemiol 2020 23: E200021. DOI:10.1590/1980-549720200021.
- (43) Bussinguer, Elda. Enfermeiros: de desvalorizados a protagonistas da luta contra o coronavírus Disponible en <<http://www.coren-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/ARTIGO-06.04.pdf-2.pdf>> Consultado el 10 de Marzo de 2020.
- (44) Neri da Silva, Manoel Carlos; Machado, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2020, 25(1):7-13. DOI:10.1590/1413-81232020251.27572019.
- (45) Organização Mundial de Saúde. State of the World's Nursing Report. Geneva: WHO. 2020 Disponible en <[http://www.fiocruz.br/bibsmc/media/comoreferenciarecitarsegundooEstiloVancouver\\_2008.pdf](http://www.fiocruz.br/bibsmc/media/comoreferenciarecitarsegundooEstiloVancouver_2008.pdf)> Consultado el 10 de Marzo de 2020.
- (46) Fortes Vitor, Allyne. Perspectivas da prática avançada de enfermagem no Brasil e no mundo. Online Brazilian Journal of Nursing 2018, 17 (1). Disponible en <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6189/html>> Consultado el 7 de Diciembre de 2019.
- (47) Rewa, Talita; Miranda Neto, Manoel Vieira de; Bonfim, Daiana; Leonello, Valéria Marli; Campos Oliveira, Maria Amélia de. Práticas Avançadas de



Enfermagem: percepção de egressos da residência e do mestrado profissional.  
Acta Paul Enferm 2019, 32(3):254-60. DOI: 10.1590/1982-0194201900035.

# LOS ANTIGUOS POZOS SALOBRES DE CANARIAS

## THE ANCIENT SALT WELLS OF THE CANARY ISLANDS

Eulogio Jesús Díaz Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ReActiva, Fisioterapia y Psiconeuroinmunología.

Correo electrónico: ediazrod@ull.edu.es

Recibido: 09/05/2020

Aceptado: 02/09/2020

### Resumen

Existieron diferentes pozos salobres en la antigüedad en Canarias, y aunque no tenemos constancia de quiénes los construyeron, sí sabemos que varios de ellos estaban presentes desde los tiempos de los antiguos canarios, con usos tradicionalmente asociados a la salud y/o al abrevaje del ganado caprino. Con la conquista militar y religiosa, los frailes predicadores justificaron apariciones milagrosas junto a estos pozos y establecieron eremitorios, seguramente como la mejor estrategia para sincretizar los cultos aborígenes. En la mayoría de los casos las imágenes introducidas representan a mujeres jóvenes con hermosos bebés en sus brazos. Sobre los pozos salobres costeros, se ha generalizado la idea de que fueron construidos y usados por los primeros marinos en sus travesías, entendiendo que sus aguas tienen mayor durabilidad por corromperse más tarde. Sin embargo, no todas fueron potables, e incluso en algún caso hubo manantiales de agua dulce en sus inmediaciones. De los pozos salobres llaman

especialmente la atención aquellos a los que se accede a su interior a través de una pequeña escalera de callaos, pues en su interior se genera un espacio de intimidad y de protección frente a las inclemencias del tiempo. Así fueron los que existieron en la Costa de Las Ceras (Arico y Fasnía, Tenerife), similares al denominado “Pozo de la Virgen”, presente todavía a día de hoy en la playa de Chimisay (El Socorro, Güímar, Tenerife). De características similares son los presentes en la Playa de la Cera y del Pozo, en Yaiza, Lanzarote, en el Yacimiento Arqueológico de San Marcial del Rubicón. La tradición oral sugiere que el agua salobre de estos pozos sirvió como abrevadero de cabras, para lavados corporales o limpiezas intestinales, y ocasionalmente para beber a marea baja cuando su situación coincidía con el acuífero dulce del subsuelo. Los efectos del agua salobre en la salud humana y del ganado son sorprendentes, pues dan lugar a cambios epigenéticos para un mejor embarazo y parto, además de una mejor adaptación al medio árido con escasez de agua en forrajes salinos, y una mayor salud general y supervivencia en la edad adulta.

**Palabras clave:** aborígenes canarios, pozos, agua salobre, salud, fertilidad

### **Abstract**

There were different salobre wells in antiquity in the Canary Islands, and although we are not aware of who built them, we do know that several of them were present since the time of the ancient canaries, with uses traditionally associated with the health and/or abbreviage of goat cattle. With military and religious conquest, the preaching friars justified miraculous apparitions next to these wells and established hermits, surely as the best strategy for cretizing Aboriginal cults. In most cases the images introduced depict young women with beautiful babies in their arms. On the coastal salobre wells, the idea that they were built and used by the first seafarers on their voyages has become widespread, understanding that their waters have greater durability for later corruption. However, not all were drinkable, and even in some case there were freshwater springs nearby. From the salobre wells, those who are accessed inside through a small staircase of callaos are particularly attentiond, because inside it generates a space of intimacy and protection from the inclement weather. Thus were those that existed on the Costa de Las Ceras (Arico and Fasnía, Tenerife), similar to the so-called "Pozo de la Virgen", still present today on the beach of Chimisay (El Socorro,

Güímar, Tenerife). Similar features are those present in Playa de la Cera y del Pozo, in Yaiza, Lanzarote, in the Archaeological Site of San Marcial del Rubicón. Oral tradition suggests that the salobre water from these wells served as a goat watering hole, for body washes or intestinal cleanses, and occasionally for low-tide drinking when their situation coincided with the freshwater aquifer of the subsoil. The effects of saloon water on human and livestock health are surprising, as they lead to epigenetic changes for better pregnancy and childbirth, as well as better adaptation to the arid environment with water scarcity in saline fodder, and greater overall health and survival in adulthood.

**Keywords:** canarian aborigines, wells, brackish water, health, fertility.

## 1. Introducción

Las crónicas históricas de las islas Canarias describieron pozos de aguas salobres con propiedades curativas o medicinales al inicio de la conquista religiosa y militar. De los textos y acontecimientos, se extrae el interés de la Iglesia Católica en ocupar algunos de estos lugares. En adelante se expondrán los usos de estas aguas salobres y su influencia en la salud, mediante prácticas empíricas que nos invitan a pensar que los antiguos canarios poseían un conocimiento extraordinario de cómo adaptarse y sobrevivir en un medio árido y salino carente de agua.

## 2. Playa de Chimisay. Güímar, Tenerife

El pozo de esta playa está situado junto a la Cruz de Tea, que señala el lugar donde fue depositada la imagen de la Candelaria por los evangelizadores, más de un siglo antes de la conquista de Tenerife. Al parecer, y según cuenta la tradición oral y uno de los primeros textos etnohistóricos de Tenerife, la imagen fue hallada por unos pastores guanches, bien sobre una peña o dentro de una pequeña cueva, pero siempre junto al pozo salobre (1). El pozo de la playa de Chimisay se ha conservado milagrosamente durante siglos, y actualmente está declarado Bien de Interés Cultural (BIC). Isidro Juan González Grabote, de 77 años, nacido en Güímar y criado en Chimisay (El Socorro) nos recuerda cómo era y la funcionalidad del “pozo de la virgen”: *“El pozo ese, no como está ahora que está entullado, ahora está todo abandonado. Las cabras bajaban y todo y bebían agua, y nosotros pequeños bebíamos agua allí, en el pozo ese [...] El agua manaba[...] se filtraba, y debajo...hay agua salada[...]Pero vamos a ver, ¡qué misterio hay!, que el agua se trasmite [...] y no dulce dulce, pero se podía beber, porque yo más de cuatro veces bebí con las manos. Como estaba libre y limpio [...]. Tú ves que una cabra pasa por donde quiera[...] Las cabras bajaban y bebían allí. Eso lo vi yo, muchas cabras [...] Cuando eso no había casas sino cuevas, aquí todo el Socorro no eran sino cuevas, que todavía están[...]Las cabras las teníamos en un goro, las soltábamos y ellas iban por ahí pá allá, a comer cardoncillos [...] Todo esto estaba virgen, que eso llovía a montones, y la hierba estaba a montones y fanascos verdes [...] Las cabras iban y venían solas, las panzas así y las ubres de leche que da miedo [...] Y ellas iban al pozo a beber. Cuando eso aquí escaseaba el agua[...], y el agua para nosotros la íbamos a buscar a la molineta, en garrafones [...]. Yo he hecho pozos negros aquí en el Socorro y es agua salda, pero*

*aquella, con no ser dulce a veces se puede beber [...] Yo me pregunto, ¡qué misterio es ese!''.*



Imagen 1. Pozo playa de Chimisay (El Socorro). Autor: Eulogio J. Díaz Rodríguez.

### **3. Playa de Los Guanches. Candelaria, Tenerife**

Junto a la cueva de Achbinico, a la que los frailes cambiaron el nombre por el de San Blas, encontramos dos referencias sobre la existencia en la antigüedad de otro pozo de agua salobre en la orilla del mar. Aunque se desconoce su forma y estructura, sabemos que también se inundaba de agua de mar al subir la marea, y que, sus aguas se mezclaban con las potables y dulces del acuífero. Los datos invitan a pensar que este pozo era similar al de La Virgen, en Chimisay (El Socorro). La primera referencia es poco tiempo después de la conquista militar de Tenerife, y data del 4 de diciembre de 1534, correspondiendo al momento en el que el Cabildo de Tenerife cede los terrenos a la iglesia católica: *“...la dicha casa y ermita e imagen de Nuestra Señora de Candelaria, con todo el sitio a ella perteneciente y cueva en que primero estuvo y con todo el dicho sitio, desde el Pozo viejo hasta la dicha cueva que ahora se llama de San Blas”*. (2)

Otra pequeña descripción de ese mismo pozo es recogida dos siglos después por el ingeniero Antonio Riviere en el año 1740, que describe muy bien el tipo de aguas y su ubicación: *“Hay ynmediato al combento y iglesia de Nuestra Señora de Candelaria un castillo cuadrado, con tres piasas de artillería de bronze. El castillo es nombrado San Pedro, tiene agua en su sercanía que es dulce en bajamar y salobre en la cresiente del mar”*. (1)

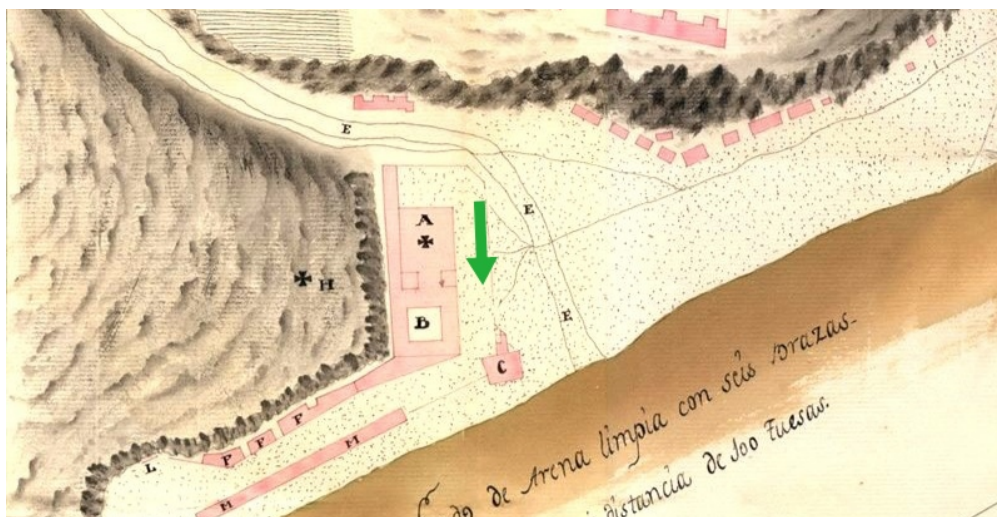


Imagen 2. Plano del Antonio Riviere 1740. Descripción Geográfica de las Islas Canarias de Juan Tous Meliá (la flecha verde situando la posible ubicación del pozo salobre).

#### 4. Playa de Las Ceras. Arico y Fasnia. Tenerife

En la comarca de Abona existieron también dos pozos de similares características al de Chimisay. Uno en el Callao de la Ceras y otro en la playa del Pozo. Agustín Rodríguez Díaz, de 83 años, nacido y criado en Las Ceras, aún los recuerda: *“Desde que era pequeñito lo vi, los barcos los varábamos allí y todo... entonces lo veíamos siempre [...] La gente que venía de arriba de La Zarza, en el verano, cuando venían de vacaciones, se bañaban también ahí, y nosotros, los que estábamos aquí, mis primos y nosotros nos bañábamos siempre allí, como muchachos chicos hasta desnudos nos bañábamos, con jabón de lagarto de ese que venía antes [...] ¿Y sabe usted dónde había otro pozo?, donde mismo está allí en el barranco la Cera, donde mismo está la bomba de la depuradora que está ahí, allí había otro, donde está la callita aquella que sube para arriba debajo de la jardinera [...] Los pozos eran iguales los dos, las mismas formas de las piedras y todo”*.

*"Más bien la forma era para eso, para bañarse. Incluso el que está en la playa del Pozo, la gente salía de la playa y luego iba allí a lavarse... un poco de jabón corriente de ese que había antes... Se lavaban, se secaban y se quitaban un poco el salitre"*

*"Las aguas de los pozos no servían para beber, eran como agua Carabaña esa que venía embotellada para purgar. Yo me llegué a purgar más de cuatro veces con esa agua, y la gente venía aquí para eso, de La Zarza y más sitios"*

*"En el pozo del Callao de la Cera, recuerdo ver a un cabrero que se llamaba Juan Marrero, de la Sabina Alta, y yo tendría doce o trece años calculando más o menos. Juan podría tener sesenta y algo [...] Él tenía las cabras por aquí en un goro, y las soltaba...y hacía el queso allí y todo[...] y le daba el agua del pozo a las cabras y a los machos y todo[...] Me acuerdo de que si se esconchaba un poco el pozo yo mismo le alcanzaba las piedras y él lo arreglaba un poco para que las cabras pudieran agachar bien la cabeza y beber a la altura del agua. Al único que me acuerdo ver es a ese hombre, a Juan Marrero, y ellas entraban solas porque por el día estaban casi siempre sueltas por aquí [...]".*



Imagen 3. Playa de Las Ceras. Plano Ejército de Tierra 1957.  
Flechas situando pozos salobres

Resulta curioso que, aunque ninguno de los pozos salobres era potable, junto a ellos existieron manantiales que vertían agua dulce directamente al mar, uno en la denominada punta de la Cueva de Las Ricas, y otra en la Punta del Aguadulce. Además, junto a ellos existió un pozo de agua potable en la Playa de Las Carretas. Agustín



Rodríguez Díaz lo describe: *"Ese pozo quedó entullado debajo de la autopista, en el carril que va hacia Santa Cruz[...], sí, debajo del risco [...]dándole la espalda al mar, a mano derecha[...]. Ese está a una altura mayor que estos, allí no llegaba el agua del mar, yo la llegué a probar y esa agua dulce total[...]"*.

Además, D. Agustín recuerda ver tres cuevas con lo que pudieran ser cazoletas aborígenes junto a los pozos salobres de la Costa de Las Ceras, asunto que pudiera estar relacionado con los usos de los pozos salobres en la antigüedad: *"[...] Sí...a suponer, la cueva está aquí. Y el risco ese, es el techo de la cueva...y entonces, se veían huequitos así (señala con el ancho de su mano). Pero...claro, en ese tiempo lo ignoraba uno, [...] Eran tres cuevas las que lo tenían, me queda pena no poder enseñárselas. Yo las recuerdo una cosita así (señala el ancho de las cazoletas), unas un poco más ovaladas... y de hondas...más o menos una cuarta de profundidad" [...], o sea... como muchacho chico me ponía a jugar allí dentro con los conejos y a echarle de comer a los conejos y entonces, por eso las veía[...]"*

## **5. Bocacangrejo, Playa de La Nea, El Rosario, Tenerife.**

El informante de los pozos es Vidal Martín Martín, de 91 años, natural del Tablero (El Rosario): *"Yo me crie en el Tablero, pero íbamos todos los veranos a Bocacangrejo cuando yo era chico y allí nos estábamos en unas cuevas[...]. Mis padres, mis abuelos y toda la gente de La Esperanza, de La Laguna de todo eso por ahí iba a beber agua del pozo [...]. El pozo estaba siempre con agua salobre, y no tenía que ver con las mareas ni con el agua del mar, sino del acuífero y del volcán sería que salía con minerales qué sé yo [...]. Nosotros la bebíamos normal [...], pero lo más si estábamos malos de la barriga, si estábamos empachados o cosas así[...], y para purgarnos también. Un muchacho chico con poco tenía para purgarse, pero un adulto sí tenía que beber más[...]. Eso es una pena que se haya perdido, porque la gente empezó a fabricar, a hacer pozos negros[...], y por lo votos[...].y al final se perdió el pozo, porque ahora el agua no sirve [...]"*

*"Y en frente, en la Playa de la Nea, en el Salto de la Nea [...]. Allí había una mareta donde había lisas y todo, y del mismo risco salía un manantial de agua dulce y unas pocitas debajo [...]. Allí atracaban los barcos que venían con la cal para los hornos [...]. Yo en Bocacangrejo no vi nunca un barco, ahora sí, pero antes nunca".*

## 6. Betancuria, Fuerteventura

En Betancuria, en el mismo centro de la isla existe también un pozo viejo de agua salobre denominado Pozo de San Diego, siendo el primer pozo del que se tienen referencias en esa isla. Según sus propias biografías, el pozo fue excavado y construido por el fraile Diego de Alcalá, y aunque no explicó cómo lo hizo ni por qué, sí destacó su labor benefactora, su humanidad y su laboriosidad (4). El agua salobre de este pozo se usó como remedio para muchas y variadas enfermedades de la sociedad aborígen recién colonizada, y por este motivo, poco tiempo después de su muerte, Diego de Alcalá fue declarado Santo por el Papa Sixto V (4). No olvidemos que Fray Diego de Alcalá llegó y habitó en Fuerteventura junto a Fray Juan de San Torcaz y otros religiosos entorno al año 1441, siendo el motivo de su estancia evangelizar a los nativos.

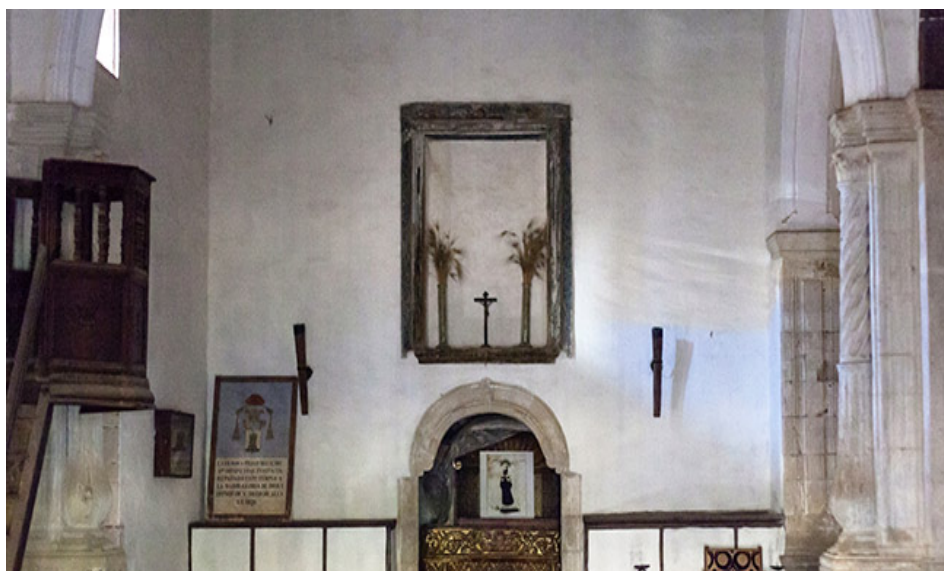


Imagen 4. Cueva-altar de la iglesia de San Diego. Betancuria, Fuerteventura. Fuente: Fotografía Tindaya.

Por aquella época, las islas estaban en pleno proceso de colonización, e incluso La Gomera, La Palma, Gran Canaria y Tenerife, todavía estaban bajo total control de la población aborígen. Inicialmente junto a este pozo salobre “apareció milagrosamente” y rindió culto en una pequeña cueva al primer ídolo católico de Fuerteventura (virgen de la Peña). Con posterioridad, se construyó en aquel mismo lugar la Ermita de San

Diego, quedando el pozo y la cueva dentro del recinto eclesiástico. Del pozo salobre de San Diego, el historiador Marín y Cubas dice: *“con sus manos excavó la tosca blanca y arenosa, (...) y con algunas pajas por encima, hizo San Diego un pozo, y a otros ha faltado agua y a este nunca; es gruesa y salobre su agua.”* (4)

En el siglo XVIII, Viera y Clavijo escribe sobre este mismo pozo: *“Tres cosas se respetan sobremanera: una palma, una cueva y un pozo que mandó abrir el santo, del cual se refieren muchos prodigios y curaciones en los enfermos que beben de sus aguas.”* (4)

## **7. Pozos del Charco Verde. Los Llanos de Aridane**

En La Palma también existen referencias de un pozo de aguas salobres en la antigüedad y algunos investigadores y arqueólogos palmeros dan cuenta de este asunto: *“Ya desde el siglo XVI, y seguramente desde el mismo momento de la conquista de Benahoare en 1493, se tienen referencias de la existencia de un pozo de aguas minero-medicinales en la zona del Charco Verde, al cual acudían muchas personas buscando alivio para diversas enfermedades y dolencias. Esta agua es potable, por lo que, con toda seguridad, también fue explotada por los benahoritas, bien para saciar su sed, aunque también podría tener para ellos una consideración medicinal o para llevar a cabo ritos mágicoreligiosos.”* (5)



Imagen 5. Pozo de la Cruz. Charco Verde, Los Llanos de Aridane, La Palma. Fuente: Periódico El Día digital

El erudito palmero Juan Bautista Lorenzo Rodríguez, nos aporta el origen marino de estas aguas, mezcladas con lo que parecen ser gases volcánicos: *“El Charco Verde, situado a 235 varas de la orilla del mar en la playa de los Pájaros, Villa de los Llanos, es una pequeña poceta, cuyas aguas suben y bajan siguiendo el mismo orden de las mareas. La subida del agua se anuncia con golpes subterráneos y exhalación de gases...”* (5)

#### **8. Pozos salobres de Yaiza, Lanzarote**

En la costa del municipio de Yaiza existen algunos pozos de agua salobre, y sobre la funcionalidad de ellos dejó constancia el ingeniero Torriani en el año 1592: *“En Famara, frente a La Graciosa, en el Rubicón y en Haría hay algunos pozos con agua gruesa y salobre, de mal sabor, la cual en tiempo de esterilidad (cuando faltan las lluvias) dan al ganado.”* (6)

De los pozos salobres costeros de Lanzarote llama especialmente la atención el “de Las Cabras”, porque su nombre describe perfectamente sus usos, y el “de La Cruz” por presentar en su interior un grabado antropomorfo de la diosa de la Luna y la fertilidad Tanit. Así fue identificado por los profesores Antonio Tejera Gaspar y Eduardo Aznar Vallejo. (7)



Imagen 6. Tanit en el pozo salobre de La Cruz.

Fuente: lanzaroteysusvolcanes.blogspot

## **9. La sal en la ganadería**

Por las referencias parece que los usos de las aguas salobres están relacionados con el ganado caprino. En este sentido, es necesario explicar que tradicionalmente la sal se ha usado para una mejor salud del ganado ovino y caprino, y que los cabreros, colocan pequeños montones de sal en los lugares de pastoreo cuando se percatan del comportamiento de las cabras y ovejas en mordisquear y lamer piedras con alto contenido en sales. Actualmente es sabido que el consumo de sal en el ganado es necesario para una mejor salud, pelaje y puesta en celo, pero también la ciencia demostró en el año 2011, que una dieta alta en sal durante el embarazo en el ganado ovino genera cambios y adaptaciones epigenéticas en los fetos, de manera que las crías tienen mejor respuesta adaptativa a forrajes de suelos salinos (8). Esto invita a pensar que las cabras de aquellos antiguos pastores canarios debían estar bien adaptadas al consumo de aguas salobres y a los forrajes salinos, y que posiblemente tuvieran una buena salud.

## **10. Los efectos de las aguas salobres en la salud humana y en la supervivencia del grupo**

Es evidente, porque así lo recogen las crónicas, que el agua salobre del Charco Verde en La Palma o de Betancuria en Fuerteventura fue usada por la población canaria en la antigüedad con fines curativos o medicinales. También la tradición popular indica que el “Pozo de la Buena Salud” de Bocacangrejo, en el Rosario, Tenerife, tiene usos muy arraigados que se pierden en la memoria de las generaciones. En cuanto a los pozos salobres de Candelaria y Chimisay (El Socorro), las referencias nos invitan a pensar que, en los momentos de mareas bajas las bajas salobridades de las aguas permitían que pudieran ser usadas para beber, no así ninguno de los dos que existieron en la Costa de Las Ceras, porque sus aguas eran de una salobridad muy alta, además de existir manantiales de agua dulce de manera inmediata. El diseño de los dos que estuvieron presentes en la Costa de Las Ceras y en Chimisay (El Socorro), permite intimidad en el baño incluso cuando las condiciones de oleaje y viento son fuertes, algo bastante frecuente en esa zona de costa, y en este sentido, la ciencia actual demostró que el agua

con una pequeña cantidad de cloruro sódico (suero fisiológico al 0,9 %) es igual o más efectiva para desinfectar la piel, incluyendo heridas sangrantes, que el jabón quirúrgico (9), por lo que estas aguas salobres tenían sin lugar a dudas la capacidades antisépticas. Más conocido, al menos en Las Ceras, fue el uso del agua salobre para realizar purgados o limpiezas intestinales. Este efecto viene dado por una reacción fisiológica denominada ósmosis, que consiste en que las membranas semipermeables del intestino abren los canales de agua para intentar equilibrar e igualar las concentraciones de iones de la luz intestinal con las del tejido intestinal, haciendo pasar agua al lugar de mayor concentración con la intención de establecer equilibrio iónico y garantizar así la funcionalidad celular. Por lo tanto, cuando se consume una cantidad abundante de agua salobre, ésta, avanzará por el intestino ablandando heces y limpiando por completo todo el tracto digestivo.

Llegado este punto, es conveniente exponer que la limpieza y purgado intestinal con agua salobre es una tradición de purificación milenaria en la India (Shankha Prakshalana), que se utiliza para resolver procesos de intoxicación alimentaria, restablecer la función digestiva y otros males (9). Cuenta incluso con evidencia respecto a su seguridad en personas con niveles leves de hipertensión arterial (10). Como es lógico, después de la limpieza habrá que rehidratar el cuerpo con agua potable e introducir alimentos ligeros y de fácil digestión. Como muchos sabrán, en las ciencias de la salud en los últimos años existe una tendencia creciente en el estudio de la funcionalidad intestinal y del microbioma relacionados con múltiples procesos de salud: obesidad (11), absorción de nutrientes (12), autoinmunidad (13) y otros, por lo que esta práctica ancestral de purgados intestinales mediante agua salobre cobra cada vez más sentido desde el punto de vista científico. Dentro de este escenario conviene recordar la importancia que se le concedía en la antigüedad a la funcionalidad intestinal en la salud, y no hay mejor cita o referencia para argumentar este asunto que la del padre de la medicina moderna, Hipócrates (370 a. C), *“toda enfermedad comienza en el intestino”*. Sabemos que los aborígenes canarios tuvieron una dieta carente en verduras y frutas (14)(15) y las precarias condiciones higiénicas de la época hacen pensar en una alta carga de microorganismos y toxinas alimentarias. Dentro de este contexto, es lógico pensar que debieron padecer con frecuencia problemas intestinales, y así quedó reflejado al

menos en Tenerife, donde con mocanes muy maduros hacían una especie de jarabe: “y *deste usaban como medicina para cámaras, que éstas y dolor de costado era la enfermedad más ordinaria que padecían.*” (2)

Por tanto, no es de extrañar, que para la salud de los antiguos canarios fuera una necesidad la práctica regular de purgados intestinales, y que ésta tuviera cierta continuidad en la tradición popular. Como se acaba de exponer, el agua salobre tiene utilidades de lavado, desinfección y limpieza de todo el tubo digestivo, que finalmente redundan en beneficio de múltiples y variadas patologías en el ser humano, e incluso parece que también respecto al celo, fertilidad y una mejor salud y adaptación al medio árido del ganado caprino-ovino. Sin embargo, ¿existe alguna relación entre el consumo de agua salobre y la fertilidad en humanos?

Tradicionalmente se ha creído que el consumo de sal durante el embarazo era dañino para la madre y el feto por dar lugar a preeclampsia (hipertensión arterial de la madre en el embarazo, asociada a muerte materna y fetal), y por ese motivo se recomendó su restricción. Sin embargo, estudios recientes están apuntando que limitar la sal durante el embarazo genera disminución del crecimiento, desarrollo y maduración de los órganos del feto, y una mala programación de la salud metabólica en la edad adulta a través de mecanismos epigenéticos. (16)

Otro dato novedoso respecto al consumo de sal en la mujer embarazada es el cambio en las recomendaciones oficiales, pues la evidencia científica actual sugiere según preferencia y apetencia personal. (17)

## **11. Conclusión**

En cualquier sociedad el agua es un elemento indispensable para la vida, y esta cobra mucho valor en los lugares que hay carencia de ella, pues afecta a cultivos, pastos, ganado y, definitivamente a la supervivencia del grupo. Quizás por este motivo el agua en sí fue considerada sagrada por los antiguos canarios, y a este elemento se le atribuyeran capacidades mágicas o curativas. Sobre esto interesa leer la referencia de Marín y Cubas (18), que describe el carácter sagrado y sanador que daban los antiguos canarios al agua del pequeño pozo del pino de Teror, en Gran Canaria, lugar en el que posteriormente se introdujo el ídolo católico de la virgen del Pino: “...*al pie de este árbol había un zarzal, de donde salían unos manantiales de agua, que recogida en un pozuelo,*

*la llevaban los canarios para dar de beber a sus enfermos y otros tullidos y de diferentes achaques; venían a lavar la parte enferma y verdaderamente sanaban.” (18)*

Sabemos que los pozos mineromedicinales existieron en diferentes islas desde el tiempo de los aborígenes, y es evidente que estas aguas fueron usadas con fines de prevención y/o curación para variadas enfermedades. Respecto al agua salobre de origen marino, el factor determinante que genera todos los efectos de adaptación y salud es la sal, y el medio o elemento de transmisión para todas las aplicaciones es el agua. La concentración de sal y sus efectos se consiguen evidentemente con el agua de los pozos salobres, pero también y de manera muchísimo más sencilla, mezclando agua dulce con una pequeña cantidad de sal sólida. Este razonamiento tan simple me invita a pensar que los pozos salobres situados en la costa parecen estar más relacionados con las mareas, la Luna, lo espiritual y la fertilidad de las mujeres, que con la salud. No olvidemos que los diseños de algunos de ellos permitían su acceso por escaleras o peldaños, que protegían de las inclemencias del tiempo y generaban un espacio de total intimidad en su interior, que se inundan y vacían dos veces al día por la acción de las mareas y la Luna, y que ésta estuvo siempre relacionada con la fertilidad en las culturas clásicas del Mediterráneo, y también con seguridad para los antiguos canarios, pues los ciclos lunares y de la menstruación son próximos a los 28 días. Por tanto, es posible que estos pozos con características tan peculiares pudieran haber sido usados por la sociedad aborígen en rituales de purificación mediante lavados-desinfecciones corporales, y/o purgados o limpiezas intestinales, sin descartar que aquellos cuyas aguas poseían una baja salobridad en los periodos de marea baja por coincidir con el acuífero dulce subterráneo, pudieran haber sido usados para aguadas por los primeros marineros que vinieron por recursos a estas islas. Llegado a este punto, es necesario exponer que el calendario de los aborígenes canarios era lunar, y que por él guiaban las fases y los ciclos vitales para el cruce de ganado y siembras (19). Sabemos que los frailes evangelizadores eran conocedores de la sociedad aborígen, y que en algunos casos convivieron con ellos mucho tiempo antes de la conquista de las islas, así que debieron saber perfectamente los elementos, lugares y cultos que pretendían sincretizar. Por este motivo, la introducción de imágenes católicas de mujeres portando hermosos bebés en el entorno de los pozos salobres como alusión a la fertilidad (virgen de la Candelaria, de La Cera o



del Tajo, de la Enramada, de La Peña, del Pino, etc.) junto a otros elementos de identidad aborigen como las alusiones a la luz, a la cera marina, a la Luna y el Sol, no debió ser casual. La historiografía médica aborigen relata el uso de algunos vegetales, productos animales y técnicas quirúrgicas como la trepanación, la cauterización o las sangrías (20), pero no existen referencias al uso de las aguas salobres o mineromedicinales. Considero que este asunto debería ser estudiado y revisado, como también la recuperación de estos viejos pozos y sus aguas, hoy tristemente bajo escombros o abandonados en la mayoría de los casos. Es importante tener en cuenta para futuras investigaciones que en la costa africana existen decenas de pozos salobres (21), algunos de aguas marinas situados en la costa, y otros en su parte continental que se nutren del acuífero fósil. Quizás, esta cultura del agua y la sal tiene ahí sus orígenes.

## 12. Bibliografía

- (1) Gobierno de Canarias. Bienes de Interés Cultural [Sede Web]. Canarias: Gobierno de Canarias. [acceso julio 2020]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/cultura/patrimoniocultural/bics>
- (2) Espinosa Fray A. Historia de Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones; 1952.
- (3) Rodríguez Delgado O. Datos para la historia del desaparecido Castillo de San Pedro en la Marina de Candelaria. [Internet]. Candelaria. [acceso julio 2020]. Disponible en: <http://blog.octaviordelgado.es/datos-para-la-historia-del-desaparecido-castillo-de-san-pedro-en-la-marina-de-candelaria/>
- (4) Cabildo de Fuerteventura. Fuerteventura, la cultura del agua. [monografía en internet]. Fuerteventura; 2015. [acceso julio 2020]. Disponible en: [http://www.cabildofuer.es/documentos/Patrimonio\\_cultural/libros/FTVculturaAqua-optimizado.pdf](http://www.cabildofuer.es/documentos/Patrimonio_cultural/libros/FTVculturaAqua-optimizado.pdf)
- (5) Hernández Pérez MV. Las aguas medicinales del Charco Verde. [internet]. Los Llanos de Aridane; 2011. [acceso julio 2020]. Disponible en: <https://elapuron.com/blogs/tendedera/889/las-aguas-medicinales-del-charco-verde/>
- (6) Torriani L. Descripción de las Islas Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones. 1956.

- (7) Tejera Gaspar A. El asentamiento franconormando de “San Marcial del Rubicón”, un modelo de Arqueología de contacto. Yaiza, Lanzarote: Ayuntamiento de Yaiza. 1989.
- (8) Digby S, Chadwick M, Blache D. Salt intake and reproductive function in sheep. *Animal*. 2011; 5(8), 1207-16. Doi:10.1017/S1751731111000152
- (9) Bhandari M, Jeray KJ, Petrisor B, Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Schemitsch E, et al. A Trial of Wound Irrigation in the Initial Management of Open Fracture Wounds. *N Engl J Med*. 2015;373(27):2629-41. doi:10.1056/NEJMoa1508502
- (10) Mashyal P, Bhargav H, Raghuram N. Safety and usefulness of Laghu shankha prakshalana in patients with essential hypertension: A self controlled clinical study. *J Ayurveda Integr Med*. 2014;5(4):227-235. doi:10.4103/0975-9476.131724
- (11) Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Magrini V, Mardis ER, Gordon JL. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature*. 2006;444(7122):1027-31. doi:10.1038/nature05414
- (12) Johnson EL, Heaver SL, Walters WA, Ley RE. Microbioma y enfermedad metabólica: revisitando el bacilo bacteriano del bacilo. *J Mol Med (Berl)*. 2017; 95 (1): 1-8. doi: 10.1007 / s00109-016-1492-2
- (13) Smith PM, Howitt MR, Panikov N, et al. The microbial metabolites, short-chain fatty acids, regulate colonic Treg cell homeostasis. *Science*. 2013;341(6145):569-73. doi:10.1126/science.1241165
- (14) Memoria digital de Canarias [sede web]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria: [acceso julio 2020]. Cocina aborígen canaria. Disponible en: <https://mdc.ulpgc.es/>
- (15) Delgado Darías T. Economía, salud, nutrición y dieta de la población prehistórica de gran canaria. La aportación de la antropología dental [tesis doctoral]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2005. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=233913>
- (16) Sakuyama H, Katoh M, Wakabayashi H, et al. Influencia de la restricción de sal gestacional en el crecimiento fetal y en el desarrollo de enfermedades en la edad adulta. *J Biomed Sci [Internet]* 2016 [acceso julio 2020] 23(12) Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12929-016-0233-8>
- (17) Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD005548. DOI: 10.1002/14651858.CD005548

- (18) Cazorla S, Quintana I. La Virgen del Pino en la historia de Gran Canaria. Gran Canaria; 1971
- (19) Barrios García. J. Sistemas de numeración y calendarios de las poblaciones bereberes de Gran Canaria y Tenerife en los siglos XIV-XV.1997.
- (20) Martín M, Rodríguez-Maffiotte C. Artículo de divulgación: «La medicina guanche» [monografía en internet]. Santa Cruz de Tenerife: Museos de Tenerife; 2020 [acceso julio 2020]. Disponible en: [www.museosdetenerife.org/muna-museo-de-naturaleza-y-arqueologia/evento/5639](http://www.museosdetenerife.org/muna-museo-de-naturaleza-y-arqueologia/evento/5639)
- (21) Almonte E. Ensayo de una breve descripción del Sahara español. Madrid: Imp. del Patronato de Huérfanos de Intendencia e Intervención Militares; 1914.

# ESTRÉS Y BURNOUT, EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

## STRESS AND BURNOUT, HISTORICAL EVOLUTION.

Jesús Quintero Febles<sup>1</sup>; Gerson Reyes Abreu<sup>2</sup>; Patricia Suárez Daroca<sup>1</sup>; Miguel Ángel Rodríguez-García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento Enfermería, Universidad de La Laguna; <sup>2</sup>Departamento Enfermería (sede La Palma), Universidad de La Laguna; <sup>3</sup>Servicio Canario de Salud.

Correspondencia a: [jquinter@ull.edu.es](mailto:jquinter@ull.edu.es)

Recibido: 01/02/2019

Aceptado: 16/07/2020

### Resumen

Estrés, estrés laboral y burnout son conceptos con los que nos encontramos familiarizados hoy en día, aunque la historia de su nacimiento y la evolución que han presentado no es tan conocida. En el presente trabajo se realiza un recorrido histórico por los diferentes conceptos, reconociendo el trabajo de los protagonistas que a lo largo de los años han ido ampliando los conocimientos y desarrollando los conceptos. Desde los inicios con el síndrome general de la adaptación de Hans Selye, pasando por los trabajos de Herbert J. Freudenberger y Christina Maslach, hasta la última definición del síndrome de desgaste ocupacional por la Organización Mundial de la Salud.

**Palabras clave:** estrés; burnout; evolución histórica.

### Abstract

Stress, work stress and burnout are concepts that we are familiar with today, although the history of their birth and evolution is not as well known. In the present work, we

make a historical journey through the different concepts, recognizing the work of the protagonists who, over the years, have been expanding their knowledge and developing the concepts. From the beginnings with the general syndrome of the adaptation of Hans Selye, through the works of Herbert J. Freudenberger and Christina Maslach, to the last definition of the syndrome of occupational wear by the World Health Organization.

**Keywords:** stress; burnout; historical evolution.

## 1. Ley de Hooke y analogía del estrés con la física de los cuerpos

Los términos de estrés, estrés laboral y burnout en muchas ocasiones son empleados de forma indistinta, y aunque hacen referencia a aspectos similares íntimamente relacionados, lo cierto es que contienen un significado propio que los diferencia entre sí. Hoy en día el estrés es sobradamente conocido, al menos en los países que tradicionalmente consideramos desarrollados. Habitualmente empleamos la palabra estrés para describir o explicar una amplia variedad de situaciones o estados como pueden ser la ansiedad, agotamiento, impotencia, frustración...etc. En general, se emplea para describir un estado percibido como desagradable por el individuo. No obstante, antes de que se le diera a la palabra estrés las aplicaciones por las que hoy en día la conocemos ya era empleada habitualmente por físicos e ingenieros. Originalmente, el término estrés proviene de la física y se aplica para referirse a la fuerza y deformaciones que experimenta un cuerpo cuando actúa sobre el mismo una fuerza externa. En el idioma original, "*stress*" se emplea para referirse a la fuerza que se aplica y "*strain*" para referirse a la deformación que se produce en el cuerpo. Curiosamente, si seguimos hablando en términos de física, vemos como la conocida Ley de elasticidad de Hooke, desarrollada en el siglo XVII por el físico inglés Robert Hooke, muestra un interesante paralelismo con las concepciones que actualmente se le suelen atribuir al estrés en su contexto de respuesta humana. (1)

La obra y vida de Robert Hooke (1635-1703), es digna de dedicarle algo más que unas palabras, se encuentra plagada de descubrimientos científicos, siendo reconocido hoy en día como uno de los más importantes científicos experimentales de todos los tiempos. Todavía se desconoce mucho de la vida de Hooke, y es probable que su conocida rivalidad con Isaac Newton, que llevó a múltiples disputas, haya ensombrecido y eclipsado el reconocimiento a su producción investigadora. En cualquier caso, no pasan de ser leyendas las historias que afirman que la rivalidad entre ambos genios y posteriormente el engrandecimiento y reconocimiento mundial de Newton hayan sido la causa de su olvido por la comunidad científica. Lo cierto es que ni siquiera se ha conservado ningún retrato original de Hooke, por lo que en 2003 la pintora Rita Greer

desarrolló una investigación histórica para desarrollar un retrato a partir de las descripciones existentes. (2)



Imagen 1. Retrato homenaje de Robert Hooke, elaborado por Rita Greer en 2003, a partir de las descripciones escritas.

Aspectos históricos y biográficos aparte, la Ley de Hooke es actualmente uno de los conceptos básicos de la física, y viene a decir que cuando a un cuerpo se le aplican una serie de fuerzas se produce una deformación del cuerpo. Si la deformación (strain) producida por un determinado nivel de estrés entra dentro del denominado como límite de elasticidad del cuerpo, cuando el estrés desaparece el cuerpo vuelve a recuperar su forma habitual. Sin embargo, y aquí viene lo interesante, cuando el nivel de estrés es excesivo y sobrepasa determinados límites, entonces los daños para el cuerpo permanecen, produciendo una deformación. Resulta muy llamativo como un concepto inicialmente desarrollado por una ciencia tan diferente describe de forma tan acertada cómo funciona el ser humano ante las cargas y presiones excesivas y/o mantenidas en el tiempo. La pregunta que nos podemos hacer es ¿Cómo el término de estrés paso de los conceptos físicos a las personas?, pues la respuesta más aceptada a esta pregunta es que se debe a los trabajos del médico y fisiólogo húngaro Hans Selye (1907-1982) al considerarlo un concepto central de su síndrome general de adaptación.

## **2. Hans Selye y el Síndrome General de Adaptación**

Hans Selye (1907-1982) fue un fisiólogo y medico nacido en Viena, de padre húngaro y madre austriaca. Su carrera académica y científica comenzó en la propia Viena, pero

debido a la Segunda Guerra Mundial se vio obligado a emigrar a Norteamérica, donde posteriormente se nacionalizó como canadiense llegando a ser director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal. Selye se encontraba iniciando sus estudios en endocrinología y buscando hormonas sexuales, realizaba inyecciones diarias de hormonas ováricas en ratas. La leyenda dice que al ser un investigador sin experiencia tenía muchas dificultades para controlar a los roedores, que corrían, se le escapaban, luchaban, e intentaban huir a toda costa de las inyecciones, resistiéndose a los intentos de administrarles los tratamientos. (3)(4)

Luego de unos meses de tratamiento e investigación Selye examinó a las ratas y encontró algo prometedor: comprobó que las ratas tenían úlceras gástricas y duodenales, glándulas adrenales agrandadas y tejidos del sistema inmune atrofiados. La primera y lógica conclusión que pensó es que eran los efectos del extracto de ovario que se estaba administrando a los roedores, el joven investigador pensó que había descubierto una hormona ovárica que producía esos efectos descritos. Dispuesto a comprobar el origen ovárico de esta nueva hormona, también inyectó a las ratas extractos de hipófisis y placenta. Fue decepcionante observar los mismos resultados con tales productos, independientemente de su origen. Continuó realizando pruebas con diferentes extractos de hígado, riñón y otros órganos, obteniendo invariablemente los mismos resultados. Los resultados obtenidos le orientaron a que no era una hormona, sino las inyecciones las que producían esos efectos. Posteriormente realizó experimentos sometiendo a las ratas a todo tipo de situaciones displacenteras, temperaturas extremas, traumatismos, ejercicio extenuante...etc. Los resultados se repitieron, independientemente del efecto causal del sufrimiento, la respuesta era similar. Selye concluyó que los cambios en los cuerpos de las ratas eran una respuesta a una situación displacentera o de amenaza. Independientemente de la naturaleza del estímulo nocivo, el organismo responde de manera estereotipada. Esta reacción representa un esfuerzo del organismo para adaptarse a la nueva condición a la que es sometido, y la denominó Síndrome General de Adaptación (3)(4). En 1936, Selye publicó en la revista *Nature*, un artículo breve titulado: "A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents"(5). Unos años más tarde de su teoría del Síndrome General de Adaptación, Selye empleó el término "stress", importado de la física, para definir la



respuesta del organismo ante agresores externos. El concepto fue rápidamente adoptado por la comunidad científica, y al no haber palabras homologas en otros idiomas, se utilizó prácticamente sin modificarlo.

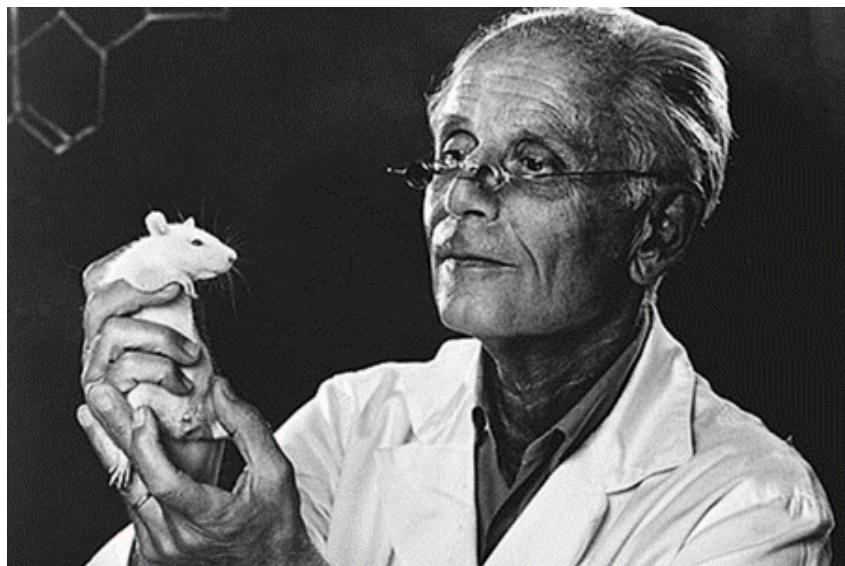


Imagen 2. Hans Selye y sus ratas estresadas.

Al principio las teorías de Selye no fueron muy tenidas en cuenta por sus colegas, probablemente haya influido la ausencia de prestigio del investigador en aquellos momentos. Sin embargo, continuó con sus investigaciones llegando a publicar más de 30 libros y 1500 artículos y haciéndose mundialmente famoso. En su autobiografía “The Stress of my life”, mencionó que el mejor término para definir su idea hubiera sido “strain”. Si bien Selye hablaba varios idiomas, por aquel entonces su dominio del inglés no era perfecto, y esa fue la razón por la que utilizó “stress” y no “strain” (1). En no pocas ocasiones, las versiones más extendidas y conocidas de una historia no son las que más se acercan a la realidad, sino las que resultan más románticas o emocionantes a la hora de narrarlas. Por lo tanto, no podemos asegurar que la historia de cómo el científico desarrolló su teoría a partir del experimento con las ratas sea totalmente cierta, al menos en lo referido a su inexperiencia y falta de pericia en el manejo de los roedores y al estrés que les causaba por dicho motivo. No obstante, el relato resulta al menos hilarante, de fácil recuerdo y ha pasado de esta manera a la historia, probablemente lo podamos considerar como uno de los grandes descubrimientos serendípicos.

### **3. Del estrés laboral a la conceptualización del burnout**

La relación entre los conceptos de estrés laboral y burnout es confusa, dependiendo de la bibliografía consultada se pueden presentar prácticamente como sinónimos o como constructos bien diferenciados. Podemos encontrarnos con algunos autores que consideran el burnout como una forma específica de estrés laboral que aparece en las profesiones donde se establecen relaciones de ayuda (6). Otros autores consideran que existe una diferenciación clara, ya que el estrés laboral puede ser considerado positivo o negativamente por el individuo, mientras que el burnout solo puede ser considerado de forma negativa. Probablemente la posición más compartida es la que considera al burnout como una consecuencia del estrés laboral mantenido en el tiempo (6). Se le atribuye a un psicólogo estadounidense de origen alemán llamado Herbert Freudenberger el ser el primero en emplear el término de burnout para describir la respuesta de los trabajadores ante una situación de estrés laboral crónico. (7)

Herbert J. Freudenberger (1926 –1999), nació en Frankfurt, su padre era comerciante de ganado de ascendencia judía. Con la llegada de Hitler al poder, se vio obligado a emigrar y se estableció en Estados Unidos. En 1956 terminó su doctorado en psicología por la Universidad de Nueva York. A lo largo de su carrera realizó numerosas contribuciones en campos como el estrés y el tratamiento de las personas adictas a sustancias. También ayudó al desarrollo del movimiento de clínicas gratuitas para los toxicómanos. En 1974, Freudenberger trabajaba en una clínica de Nueva York para toxicómanos y observó un proceso entre los trabajadores de la clínica, la mayoría jóvenes e idealistas. Al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. El tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. Para describir este patrón

conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. (6)

Casi al mismo tiempo, o poco después, la psicóloga social Christina Maslach estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió el mismo término, al parecer empleado también por los abogados cuando se producía un exceso de pérdida de responsabilidad desinterés profesional. Burnout era una expresión con aceptación social al no ser estigmatizadora como otros diagnósticos psiquiátricos asociados, como la depresión o la ansiedad (8). Gran parte de los conocimientos que se tienen actualmente sobre el síndrome de burnout se deben a los trabajos de Maslach, su trayectoria incluye un gran número de artículos publicados y múltiples distinciones (9). Aunque probablemente la aportación más relevante que haya realizado ha sido la creación de la principal herramienta que existe para la detección y diagnóstico del síndrome, el Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más utilizado para medir este fenómeno (10). Actualmente Christina Maslach es profesora de psicología en la Universidad de Berkeley, California. (11)



Imagen 3. El psicólogo Herbert J. Freudenberger y la profesora de psicología social Christina Maslach.

#### **4. Evolución histórica del síndrome de burnout**

Como era de esperar, a partir de los primeros trabajos de Freudenberger, las definiciones y la consideración del burnout han presentado una evolución histórica.

Podemos diferenciar la perspectiva de considerar el burnout como un estado o como un proceso. La consideración del burnout como un estado implica considerarlo como algo estático, un resultado final, consecuencia del estrés laboral, en esta primera línea se desarrollaron los primeros trabajos de Freudenberger. La visión del burnout como un proceso dinámico, que pasa por varias etapas, se consideraría como una respuesta al estrés laboral cuando fallan o se ven superados los habituales mecanismos de afrontamiento. Más que un estado, es una respuesta al estrés laboral crónico, un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina y que se va instaurando<sup>6</sup>. Entre las innumerables definiciones del burnout la que seguramente es más aceptada es la propuesta por Maslach y sus colaboradores (8): *“El burnout es un síndrome psicológico que surge en respuesta a estresores crónicos, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en profesionales que trabajan de cara al público o en trabajadores que no tienen contacto con otras personas en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome”*.

A partir de la descripción del Burnout los artículos publicados han crecido exponencialmente, incluyendo 138 tesis doctorales registradas sobre el burnout en España en la base de datos de TESEO. En las primeras publicaciones (realizadas entre médicos, enfermeras...), se destacaba e investigaba sobre todo las diferencias individuales como la personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, implicación excesiva en el trabajo...). Se consideraba el burnout como un problema característico de las profesiones que deben mantener una relación de ayuda con otras personas. Profesionales expuestos a riesgos psicoemocionales. Se hicieron populares las estrategias centradas en el adecuado afrontamiento individual y emocional de estas situaciones. Posteriormente las ideas evolucionaron, quedando patente que no es un fenómeno exclusivo de las profesiones donde se establece una relación de ayuda. Asimismo, se empezaron a considerar otras variables o características del medio de trabajo, no solamente las características individuales. Después de décadas de investigación, la conclusión de los estudios es que el burnout se debe en mayor medida a las características del trabajo que a las del trabajador (8). Al hablar de burnout, inevitablemente, al hacer los grupos de riesgo se clasificarán por profesiones. Se han

diferenciado diversos grupos de riesgo que se agrupan en las categorías de sanitarios (enfermeras, médicos...), miembros de la enseñanza (profesores, maestros...), cuerpos de seguridad del estado (policías, bomberos...) y otros profesionales (controladores aéreos, deportistas de elite, trabajadores sociales...).

## **5. Reconocimiento actual del burnout como enfermedad**

A pesar de todo lo descrito con anterioridad, desde sus inicios el burnout ha tenido que luchar contra cierto grado de incredulidad de la sociedad, negación del constructo, escepticismo y consideración como un invento de los profesionales para luchar contra las empresas y el sistema laboral. Algunas instituciones oficiales de reconocido prestigio, como la Organización Internacional del Trabajo, lo han reconocido como una enfermedad laboral. No obstante, a nivel médico, el burnout no se encuentra reconocido como una enfermedad en las clasificaciones más reconocidas. Teniendo en cuenta las características del síndrome y la similitud con otros trastornos sobradamente conocidos (como la ansiedad y la depresión), sería previsible que el síndrome de burnout estuviera incluido en las principales clasificaciones de enfermedades mentales: DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 11): realizada por la Organización Mundial de la Salud.

En el DSM V el síndrome de burnout no se encuentra reconocido como una enfermedad mental con identidad propia (12). Sí que existe un capítulo denominado “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” pero en el mismo no sale recogido el burnout o cualquier otro término asociado con el estrés laboral crónico. Se emplean otros constructos terminológicos para explicar la sintomatología del burnout como pueden ser los trastornos adaptativos, la depresión o los trastornos de ansiedad. No resulta extraño que se empleen estos diagnósticos, ya que las características psicopatológicas (insomnio, anhedonia, desesperanza, disforia, irritabilidad...) y los criterios diagnósticos del síndrome de burnout se solapan con estos trastornos mentales que sí que tienen reconocido su estatus terminológico en las clasificaciones de enfermedades mentales. Los afectados por burnout suelen estar “camuflados” debajo de las etiquetas diagnosticas de la depresión, ansiedad o trastornos adaptativos.

La situación es diferente en la CIE 11 puesto que la OMS sí que ha reconocido la existencia del síndrome de burnout, llegando a considerarlo como la pandemia emergente del siglo XXI, obviamente antes del COVID 19. No obstante, el síndrome no se encuentra dentro de las enfermedades propiamente dichas, sino que se encuentra encuadrado dentro del apartado de “otros factores que afectan a la salud”. Sin llegar a emplear específicamente el termino de síndrome de burnout, lo sustituye por el de síndrome de desgaste ocupacional, aunque la descripción de este es equivalente (13):

*“Es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) eficacia profesional reducida.*

*El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida”*

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) tiene una relevancia internacional de primer orden, actualmente la CIE 10 es el sistema de clasificación empleado para la codificación de las enfermedades en la mayor parte del mundo. Se encuentra previsto que la CIE 11 entre en vigor en enero del año 2022, relevando a la CIE 10 como sistema de clasificación. Dada la relevancia de este sistema de clasificación no resulta descabellado suponer que en el futuro el termino de síndrome de desgaste ocupacional sustituya al de síndrome de burnout, al menos oficialmente.

## **6. Conclusiones**

Hemos visto como se han enlazado diversos protagonistas y constructos terminológicos a lo largo de la historia para darle forma al concepto de burnout como un síndrome muy complejo consecuencia del estrés laboral crónico. El punto de partida ha sido el síndrome general de adaptación, con los experimentos de Hans Selye. Posteriormente, el mismo Selye importó desde la física el concepto de estrés y lo definió como la consecuencia de la reacción del organismo ante una situación percibida como amenazante. Con los primeros trabajos de Freudenberg se conceptualiza el burnout, inicialmente se consideró como un trastorno asociado a determinadas características de

la personalidad y que se presentaba en trabajadores que establecían relaciones de ayuda. Posteriormente, y gracias a los trabajos de Christina Maslach y sus colaboradores, se ha aceptado que el burnout se encuentra más relacionado con las características del puesto de trabajo que con las del trabajador y afecta a diferentes profesionales no solo a los sanitarios. En el momento actual, a pesar del amplio desarrollo que suponen más de cuatro décadas de investigación, el burnout todavía adolece de reconocimiento como enfermedad propiamente dicha, no estando reconocido como tal en las clasificaciones de enfermedades mentales actuales. Con vistas al futuro, la conceptualización del síndrome de desgaste ocupacional por la OMS nos hace pensar que se pueda producir una sustitución del nombre del síndrome y la inclusión de este en las clasificaciones de enfermedades mentales.

## **7. Bibliografía**

- (1) Adolfo G. Estrés: desarrollo histórico y definición. Rev Arg Anest [Internet]. 2002;60:350-3. Disponible en:  
[https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/279/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/279/c.pdf)
- (2) Hooke, el genio cuyo gran error fue enfrentarse a Newton. [Internet] 30 julio 2019 [Consultado noviembre 2020]. Disponible en:  
<https://www.bbvaopenmind.com/ciencia/grandes-personajes/hooke-el-genio-cuyo-gran-error-fue-enfrentarse-a-newton/>.
- (3) Jácome Roca A. Hans Selye y la endocrinología social. Rev Colomb Endocrinol diabetes y Metab [Internet]. 2015;2(1):44-7. Disponible en:  
<http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/71/134>
- (4) Bértola D. Hans Selye y sus ratas estresadas. Med Univ [Internet]. 2010;12(47):142-3. Disponible en: [www.elsevier.es/en/node/2090153](http://www.elsevier.es/en/node/2090153)
- (5) Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. Nature. 1936;(1):32.
- (6) Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz J. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. An Psicol. 2010;26(1):169-80.
- (7) Freudenberg H. Staff Burn-Out. J Soc Issues [Internet]. 1974;(30):159-65. Disponible en: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- (8) Maslach C. Comprendiendo el Burnout. Cienc Trab. 2009;11(32):37-43.
- (9) Juárez García A. Entrevista Con Christina Maslach: Reflexiones Sobre El Síndrome De Burnout. Liberabit [Internet]. 2014;20(2):199-208. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272014000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000200001)
- (10) Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav [Internet]. 1981;2(1):99-113. Disponible en: doi: 10.1002/job.4030020205
- (11) Christina Maslach | University of California, Berkeley - Academia.edu [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://berkeley.academia.edu/ChristinaMaslach>
- (12) American Psychiatric Association (APA). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- (13) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-11 [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/es>



# MISCELÁNEA

## MUJERES QUE IDENTIFICAN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

## WOMEN WHO IDENTIFY OBSTETRIC VIOLENCE DURING CHILDBIRTH AND BIRTH

## MULHERES QUE IDENTIFICAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E O NASCIMENTO

Gustavo Gonçalves dos Santos<sup>1</sup>, Nahara Lucio de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermero y Profesor. Profesor de Enfermería del Centro Universitario de las Facultades Metropolitanas Unidas - FMU. Estudiante de Maestría por el Programa de Postgrado en Salud Colectiva en la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" FMB-UNESP. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1588401268427224>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1615-7646>; <sup>2</sup>Estudiante MedEnsina. Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo - FMUSP. São Paulo - SP, Brasil. Correo electrónico: [nahara.nicollas@gmail.com](mailto:nahara.nicollas@gmail.com). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2386432826644365>

Correo electrónico: [gustavo.goncalves-santos@unesp.br](mailto:gustavo.goncalves-santos@unesp.br)

Recibido: 01/02/2019  
Aceptado: 16/07/2020

## **Resumen**

**Objetivo:** Identificar y describir la violencia obstétrica en relación con la atención y las prácticas ofrecidas a las mujeres. **Método:** investigación cualitativa descriptiva, realizada entre noviembre de 2019 y enero de 2020 con doce mujeres mayores de 18 años, con embarazos previos, experiencia en atención obstétrica y prácticas que permeaban la violencia obstétrica. **Resultados:** Se formuló un cuestionario online semiestructurado utilizando Google Forms. **Conclusiones:** el acceso a los servicios obstétricos no es igual al torio, la persistencia en el desarrollo de prácticas obstétricas no recomendadas.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica; Violencia contra la mujer; Violencia Obstétrica; Parto y nacimiento.

## **Abstract**

**Objective:** To identify and describe obstetric violence in relation to care and practices offered to women. **Method:** Qualitative descriptive research, conducted between November 2019 and January 2020 with twelve women over the age of 18, with previous pregnancies, experience in obstetric care and practices that permeated obstetric violence. **Results:** A semi-structured online questionnaire was formulated using Google Forms. **Conclusions:** Access to obstetric services is not equal to thorium, persistence in the development of non-recommended obstetric practices.

**Keywords:** Obstetric Nursing; Violence against Women; Obstetric Violence; Childbirth and Birth.

## **Resumo**

**Objetivo:** Identificar e descrever a violência obstétrica em relação aos cuidados e práticas oferecidas às mulheres. **Método:** Pesquisa descritiva qualitativa, realizada entre novembro de 2019 e janeiro de 2020 com doze mulheres maiores de 18 anos, com gravidezes anteriores, experiência em atendimento obstétrico e práticas que permearam a violência obstétrica. **Resultados:** Um questionário online semi-estruturado foi formulado utilizando os formulários do Google. **Conclusões:** O acesso

aos serviços obstétricos não é igual ao tório, persistência no desenvolvimento de práticas obstétricas não recomendadas.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica; Violência contra a mulher; Violência obstétrica; Nascimento e Parto.

## 1. Introducción

A pesar de la significativa reducción de la mortalidad infantil en las últimas décadas, los indicadores de muertes neonatales mostraron una tasa de disminución más allá de lo deseado. Esas muertes siguen ocurriendo por causas prevenibles, especialmente en lo que respecta a la atención prenatal, el parto y la atención al recién nacido. Las muertes directas son el resultado de las complicaciones que surgen durante el embarazo, el parto o el puerperio a causa de las intervenciones, las omisiones, el tratamiento incorrecto o una cadena de eventos asociados con cualquiera de estos factores. (1)

El parto en el entorno hospitalario se caracteriza por la adopción de diversas tecnologías y procedimientos para que sea más seguro para las mujeres y los bebés. Si, por un lado, el avance de la Obstetricia ha contribuido a mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por otro lado, ha permitido implementar un modelo que considera el embarazo, el parto y el nacimiento como enfermedades y no como expresiones de salud, exponiendo a las mujeres y a los recién nacidos a altos índices de intervenciones, que deben ser utilizadas con moderación y sólo en situaciones de necesidad, y no de manera rutinaria. Este exceso de intervenciones ya no tiene en cuenta los aspectos emocionales, humanos y culturales implicados en el proceso, olvidando que la asistencia al parto tiene un carácter particular que va más allá del proceso de nacimiento y nacimiento. (2)

Aún en el contexto que enfatiza la investigación del parto en Brasil (3), el 70% de las mujeres fueron sometidas a venopunción, cerca del 40% recibió oxitocina y fueron sometidas a amniotomía para acelerar el parto y el 30% recibió analgesia epidural. Los datos de este mismo estudio indican que para las intervenciones realizadas durante el trabajo de parto y el parto, prevalece la posición de litotomía, que se utilizó en cerca del 92% de los nacimientos, la maniobra de Kristeller que ocurrió en el 37% y la episiotomía que ocurrió en el 56% de los nacimientos. Número de intervenciones que se consideraron excesivas y que no tienen evidencia científica consolidada (3)(4). Aunque con los avances tecnológicos, estos avances han sido significativos en la reducción de las tasas de mortalidad materna y fetal, beneficiando sobre todo a los partos de alto riesgo, la asistencia basada en la tecnología se desarrolla de forma mecánica, inhumana y con

un uso excesivo de prácticas consideradas innecesarias, lo que puede repercutir en factores perjudiciales para la Salud Materna y Perinatal. (5)(6)

Con el fin de evitar prácticas desfavorables en la salud de la madre y del recién nacido, y sugiriendo cambios en los procedimientos considerados excesivamente intervencionistas en el proceso de parto y nacimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone cambios en el estándar de cuidado y atención del parto y el nacimiento. Para no intervenir innecesariamente, considerando los aspectos sociales, culturales y emocionales del proceso de parto y nacimiento, ofreciendo apoyo a la mujer y a su familia, sin la intención de eliminar las intervenciones, sino reduciéndolas donde exista una necesidad válida a través de medidas que establezcan una atención menos agresiva y más natural. (6)

La violencia obstétrica ha estado creciendo durante algunas décadas en América Latina. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres de todo el mundo sufren violencia obstétrica en el proceso del parto y el nacimiento (7)(8)(9). La violencia obstétrica y varias otras son invisibilizadas por los propios autores que viven en este escenario. La violencia obstétrica se caracteriza por la apropiación del cuerpo de las mujeres, por parte de los profesionales de la salud, quienes brindan una asistencia inhumana, con uso excesivo de medicamentos e intervenciones que pueden causar traumas y daños a la salud materna y neonatal, acciones que implican en la pérdida de autonomía y capacidad de decisión sobre sus cuerpos, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres y sus familias. (10)(11)(12)(13)(14)

La violencia obstétrica es la apropiación bajo el cuerpo de las mujeres cuando en los procesos reproductivos, por parte de los profesionales de la salud, que prestan asistencia con la falta de humanización, una práctica con el uso excesivo de intervenciones iatrogénicas en los procesos naturales. La violencia obstétrica está inmersa en prácticas intervencionistas e instrumentalizada por el uso excesivo del modelo tecnocrático, que interfiere en el proceso fisiológico del parto y el nacimiento. (10)(11)(12)(13)(14)

En vista de lo anterior, surge la siguiente pregunta: ¿Qué asistencia y prácticas están presentes en la asistencia y el cuidado de la Obstetricia? Al responder a esta pregunta, se busca conocer y construir un cuerpo de conocimiento enfocado a las preguntas actuales sobre el modelo de atención al parto. Por lo tanto, el objetivo de este estudio

es identificar y describir la violencia obstétrica en relación con la atención y las prácticas ofrecidas a las mujeres.

## **2. Método**

### **Diseño del estudio**

Esta es una investigación cualitativa descriptiva. Es un método que implica un enfoque interpretativo del mundo, lo que significa que sus investigadores estudian las cosas en su entorno natural, tratando de entender los fenómenos en términos de los significados que las personas les confieren. La investigación cualitativa otorga una importancia fundamental a los testimonios de los actores sociales, a los discursos y a los significados que transmiten. (15)

Estudio realizado entre noviembre de 2019 y enero de 2020 con el objetivo de identificar las acciones de violencia obstétrica que afectan a las mujeres en relación con la asistencia y las prácticas en el proceso del parto y el nacimiento.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Se adoptaron como criterios de inclusión: género femenino, mujeres mayores de 18 años, con embarazos previos, experiencia en atención obstétrica y prácticas que permeaban la violencia obstétrica, mujeres que se interesaron por el estudio y aceptaron tras leer el Termo de Consentimiento Libre y Informado. Y adoptados como criterios de exclusión: género masculino, menores de edad, nulidad, ausencia de experiencia previa en el proceso de parto y nacimiento, mujeres que no estaban interesadas y/o estaban de acuerdo con el Termo de Consentimiento Libre y Informado.

### **Muestreo y recogida de datos**

Doce mujeres que cumplieron con los requisitos de los criterios de inclusión participaron en el estudio. Para la recopilación de datos se utilizó Google Forms, que permite la creación de formularios personalizables. El formulario es ligero, rápido, con capacidad de respuesta, alojado por el propio Google, y mantiene un resumen de las respuestas en un modelo gráfico para mejorar la visualización (16). Se formuló un cuestionario online semiestructurado con 35 preguntas abiertas y cerradas utilizando Google Forms.

El cuestionario online fue llenado por los propios sujetos, después de que conocieron y aceptaron el Termo de Consentimiento Libre y Informado, denunciando la violencia sufrida por las mujeres durante el proceso de parto y nacimiento. El formulario online se refería a la información relativa a la historia socioeconómica, demográfica y obstétrica, la atención y las prácticas obstétricas en el parto y el nacimiento.

### **Análisis e interpretación de resultados**

Se aseguró la confidencialidad a los sujetos participantes utilizando nombres de princesas de cuentos de hadas con el fin de mantener el anonimato y no identificar a los sujetos que respondieron al cuestionario online. Su identidad estaba protegida y todos tenían la decisión de elegir si participaban o no en la investigación. El muestreo se realizó por conveniencia, y la muestra se determinó mediante la técnica de saturación y redundancia. La información obtenida del cuestionario se procesó mediante un análisis de contenido temático y una técnica de interpretación de textos. Del mismo modo, la investigación fue diseñada con rigor científico. La investigación fue validada por datos reales y verdaderos, teniendo en cuenta una revisión completa de las transcripciones de las respuestas de los sujetos del estudio, para lo cual el investigador regresó al escenario de la investigación para confirmar los resultados y revisar algunos datos en particular. Los informantes ayudaron a corregir errores de interpretación o transcripción de las respuestas obtenidas en el cuestionario, para tener claridad sobre esta información. Los datos incluidos en este estudio fueron analizados mediante estadística descriptiva, a partir de los pasajes que configuran la evidencia científica, dividiéndolos por las similitudes temáticas encontradas en la literatura. Los resultados de los estudios fueron interpretados y emanaron en una evaluación crítica y síntesis de la evidencia disponible del tema investigado.

### **Aspectos éticos**

Dado que se trata de un estudio cualitativo descriptivo, en el que no se identificaron los sujetos que respondieron al cuestionario, declaro que este manuscrito no requiere ser presentado al Comité de Ética de la Investigación.

### **3. Resultados**

Los datos incluidos en este estudio se analizaron mediante estadísticas descriptivas. Los estudios tuvieron sus resultados interpretados y emanaron en una evaluación crítica y síntesis de la evidencia disponible del sujeto investigado. Las perspectivas de los participantes sobre la violencia en el parto, reveladas en los informes de diferentes maneras, se organizan en dos categorías.

Según las características socioeconómicas y demográficas, 41,7% de los participantes tienen entre 25-35 años, 25% entre 18-25 años y 16% entre 35-55 años. En relación con la escolarización y el nivel de alfabetización, 75% ha completado la educación superior y 45% ha terminado la escuela secundaria. El ingreso familiar de los participantes varía, 41,7% hasta 4 salarios mínimos, 42% hasta 2 salarios mínimos y 16% hasta 3 salarios mínimos. Y 100% de los participantes residen en la Región Sudeste de Brasil. En cuanto a la historia obstétrica de los participantes, 66,7% son primíparas y 22% multíparas. Alrededor 88% no reportó ningún aborto espontáneo o inducido y 12% reportó haber experimentado un aborto espontáneo. La siguiente información fue proporcionada por los participantes con respecto a las complicaciones durante el embarazo:

- *"Aborto espontáneo, Diabetes Gestacional y Nacimiento Prematuro" (Princesa Aurora).*
- *"Eclampsia" (Princesa Cenicienta).*
- *"En el primer embarazo ninguno, en los otros dos, sangrado que resultó en el aborto" (Princesa Ariel).*
- *"Sí, preclampsia" (Princesa Rapunzel).*

En cuanto a la preferencia por la vía del parto, 75% de las mujeres prefirió el parto normal y 25% la cesárea. Revisando el tipo de parto, 33% tuvo un parto normal sin inducción, 16,7% tuvo un parto normal con inducción, 17% tuvo una cesárea después de entrar en trabajo de parto, 25% tuvo una cesárea programada y 8,3% tuvo una cesárea sin indicación clínica. Las mujeres que se sometieron a una cesárea mostraron que alrededor del 42,9% de las mujeres querían un parto normal, pero cambiaron de opinión durante todo el embarazo por recomendación de sus amigos y familiares, 15% quería un parto normal pero el equipo de atención médica cambió de opinión, 14,3% quería un parto normal, pero cambió de opinión durante todo el embarazo por su cuenta y 28,6% quería una cesárea al principio del embarazo.



Las mujeres que tuvieron un parto normal mostraron que alrededor del 85,7% de las mujeres querían un parto normal ya al principio del embarazo y 14,3% querían una cesárea, pero cambiaron de opinión durante todo el embarazo por voluntad propia. Alrededor del 70% de las mujeres fueron asistidas, controladas y dirigidas por un Obstetra, 10% por Enfermeros Obstetras y 20% no recuerda el tipo de profesional.

### **Atención por parte del equipo de salud en el proceso del nacimiento y el parto**

Durante la hospitalización en el proceso de parto y nacimiento acompañado por un equipo de salud, el cuestionario analizó cuán intensas fueron las experiencias y sentimientos de las mujeres con algún profesional de la salud durante este período. En relación con las amenazas que sufrieron las mujeres, 58,3% en una escala de poco intenso y 8,3% en una escala de muy intenso. Alrededor del 8,3% de los participantes indican una escala poco intensa para los profesionales que gritan uno con ellas en el proceso de parto y nacimiento. Los profesionales que le dijeron a las mujeres que dejaran de gritar, alrededor del 66,7% indicaron una escala de baja intensidad y el 16,7% una escala muy intensa. En el proceso de parto y nacimiento, 50% de los participantes indicaron una escala de baja intensidad y el 16,7 una escala muy intensa. Profesionales que criticaron a la mujer en trabajo de parto por sus lamentos, llantos o dolor, alrededor de 58,3% en una escala de baja intensidad y 8,3% en una escala de muy intensa. En relación con los comentarios irónicos de libertinaje en ese momento, los participantes del estudio señalan que 41,7% no es muy intenso y el 8,3% es muy intenso. En cuanto a la restricción al acompañante en el proceso de parto y nacimiento, 58,3% en una escala de baja intensidad y 8,3% en una escala de muy intensa. Parturienta que se sentía incómoda haciendo preguntas porque no tenía respuestas o los profesionales le respondían mal, alrededor del 58,3% en una escala de baja intensidad y el 16,7% en una escala muy intensa. En relación con las mujeres que se sintieron amenazadas por la actitud o por hablar de algún profesional se evidenció 50% en una escala de poco intenso y 16,7% en una escala de muy intenso. En relación con las mujeres se sienten inferiores, vulnerables e inseguras alrededor de un 33% en una escala de baja intensidad y un 25% en una escala muy intensa. Las mujeres que se han sentido expuestas y siempre van a la ciudad 35% en una escala de baja intensidad y 16,7% en una escala muy intensa.

## **Asistencia y prácticas obstétricas en el proceso de parto y nacimiento**

En relación con las prácticas y procedimientos obstétricos realizados en el proceso de parto y nacimiento se ha demostrado que durante el trabajo de parto y el nacimiento se realizaron los siguientes procedimientos sin haber solicitado el consentimiento ni explicado la necesidad de realizarlos, 8,3% de las mujeres se sometieron a un enema (lavado intestinal), 33% a una punción venosa para la administración de Oxitocina (suero para acelerar las contracciones uterinas en el trabajo de parto), 41,7% de las mujeres fueron sometidas a toques vaginales realizados por diferentes profesionales en un corto intervalo de tiempo sin respetar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las Directrices del Ministerio de Salud, 16,7% de las mujeres tuvieron ruptura artificial de la bolsa, 16,7% fueron sometidas a Episiotomía (corte en el perineo), el 58,3% tuvieron corte inmediato del cordón umbilical después del parto y 8,3% no pudieron buscar posiciones cómodas y adecuadas para dar a luz.

Durante el período de expulsión, 22% de las mujeres se vieron privadas de la posibilidad de adoptar la postura más cómoda y adecuada para realizar las muñecas y 77,8% de las mujeres tuvieron las muñecas dirigidas por un profesional de la salud, es decir, el profesional que dirigió la frecuencia y la forma en que la mujer debe realizar la fuerza, sin respetar su ritmo y su respiración.

Las mujeres que fueron sometidas a cesárea fueron analizadas en situaciones en las que 16,7% tenía un corte en el abdomen, sin esperar el efecto de la anestesia, 33% se vieron afectadas por la Maniobra de Kristeller (profesionales apretando y subiendo sobre su vientre para expulsar al bebé), 66,7% de las mujeres informan de conversaciones paralelas entre los profesionales de la salud durante el parto, 83% de las mujeres tenían las manos contenidas, atadas y se les impedía tener contacto con su bebé después del nacimiento, y 33,3% informan de haber realizado procedimientos con el recién nacido sin consentimiento explicando la necesidad de ello.

Al recordar en un momento posterior al nacimiento, aún en la sala de partos, antes de la primera atención con el recién nacido, se evidenció que 50% tuvo contacto con su bebé en forma tardía, 60% hizo que su bebé fuera llevado inmediatamente a otra sala para realizar procedimientos sin consentimiento y sin explicación por parte de los

profesionales de la salud y 60% se le impidió ofrecer leche materna en las primeras horas después del nacimiento.

En general, en una escala de satisfacción con la atención del personal de salud durante el proceso de parto y nacimiento se consideró en una escala de 1 pésimo y 10 excelente, 25% en escala de pésimo y 16,7% en escala de excelente. En cuanto a la descripción de alguna situación, evento y experiencia de las mujeres en el parto, se describieron las siguientes frases:

- *"Me sentí inclinada con las manos atadas durante la cesárea. Y la culpa de no poder amamantar en las primeras horas". (Princesa Aurora)*
- *"Esos problemas que tuve en mi segunda entrega la tercera fue maravillosa. También tuve problemas con el primero". (Princesa Cenicienta)*
- *"No experimenté estas experiencias porque nací en la Casa de Angela, donde había humanizado el nacimiento. (Princesa Ariel)*
- *"El parto fue con fórceps debido a la analgesia con 10 cm (médula espinal), luego tuve la dehiscencia de la episiotomía y la reapertura... 8 días de hospitalización, fueron 8 días de tortura, varias humillaciones... Tomé morfina, tramal y dipirona según lo previsto por el dolor perineal después del parto... No me senté durante 40 días, lo que causó un destete temprano y un antidepresivo... Todo eso en un momento en que para mí la episiotomía estaba bien, era parte del "paquete de entrega normal", tuve la sensación de mutilación..." (Princesa Rapunzel)*
- *"En el momento de mi entrega algunos procedimientos eran normales de ocurrir. Pero hoy se sabe que no son necesarias, porque la naturaleza es sabia y las cuida en absoluto". (Princesa Bela)*
- *"Puso a mi hija patas arriba e hizo comentarios del tipo que estaba casi muerto, nació con 2 vueltas del cordón umbilical envuelto alrededor de su cuello". (Princesa Jazmín)*
- *"No tuve autonomía en el parto, dije que me dolían las piernas por la posición incómoda y los profesionales afirmaron que tenía que aguantar si mi hija no iba a nacer". (Princesa Elsa)*

#### **4. Discusión**

A la vista de los resultados presentados, se puede discutir que el parto fue un evento íntimo realizado por las mujeres entre mujeres, en sus hogares con sus familias y en su

mayoría acompañadas por parteras. Con el avance de la tecnología, se inició un proceso de cambio a través de intentos de controlar un evento biológico por medio de la obstetricia que dejó de ser una vacación de la mujer y comenzó a ser entendida como una práctica médica. El proceso de parto y nacimiento, que se consideraba como un evento fisiológico, íntimo y femenino, comenzó a ser visto como un evento médico, masculino, mecanizado e institucionalizado, incluyendo la noción de riesgo y patología como una regla y ya no una excepción. En este modelo tecnocrático, la mujer deja entonces de ser la protagonista, y la figura médica se encarga de conducir el proceso de parto y nacimiento. (4)(5)

A partir del siglo XX se implementó el proceso de hospitalización de los nacimientos, llegando a finales de siglo a que casi 90% de los mismos se realicen en hospitales. Con el fin de aumentar la calidad de la atención obstétrica, se ha medicalizado el parto, utilizando excesivamente una gran escala de procedimientos considerados inadecuados e innecesarios, que muchas veces pueden poner en riesgo la Salud Materna y Neonatal, sin una adecuada evaluación de su seguridad y sin evidencia científica consolidada. El parto pasa entonces a formar parte del modelo centrado en la figura médica y que excluye a otros profesionales de la salud, como Enfermeros Obstetras y Obstetrices, que mediante la formación son capaces de asistir y conducir el proceso de parto y nacimiento de las mujeres embarazadas en riesgo habitual. (4)(5)(6)

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado fomentando el parto normal, la lactancia materna poco después del nacimiento, el alojamiento conjunto para fortalecer el binomio madre-bebé y la presencia de un acompañante durante todo el proceso de parto y nacimiento. Además, recomendando la actuación de Enfermeros Obstetras en la atención del parto y la inclusión de equipos multiprofesionales en el sistema de salud en las regiones sin red hospitalaria, así como la modificación de las rutinas y la reducción de las intervenciones consideradas innecesarias por falta de evidencia científica. (4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)

El movimiento para la humanización del parto ha incorporado las conclusiones de la Medicina basada en pruebas para reforzar su crítica a la Medicina tradicional por el uso y abuso de creencias y valores basados en la tradición y en concepciones culturalmente consideradas obsoletas, además de redimir el parto y el nacimiento como un evento

fisiológico natural. Todos estos aspectos estarían basados en la condición biológica de la mujer, en su capacidad sexual y reproductiva y en su instinto maternal, que tiene un cuerpo capaz de ser y dar a luz, capaz de tener sus hijos con un poio y la mediación de otras mujeres, siendo por tanto los profesionales Enfermeros Obstetras, Obstetrices, Comadronas y Doulas. (4)(5)(6)

La evidencia científica es lenta y encuentra resistencia, incluso de las instituciones educativas, porque muchos de estos lugares trabajan con un modelo intervencionista, valorando la tecnología, la sofisticación de los exámenes y los procedimientos quirúrgicos, mientras que el cuidado de la salud de la mujer para realizar y estimular un parto normal recibe poca atención. Se entiende que estos profesionales y algunas instituciones que atienden a las mujeres en el embarazo y el parto como un desafío, tanto en lo que respecta a la calidad de la atención obstétrica ofrecida como en lo que respecta a los principios filosóficos, éticos y morales de esta atención, siguen centrados en un modelo hospitalocéntrico, medicalizador y tecnocrático. (7)(8)(9)(10)(11)(12)(14) Además de las intervenciones obstétricas consideradas innecesarias y sin evidencia científica, muchas mujeres reportan haber experimentado partos dolorosos, con ofensas, humillaciones y expresiones de prejuicios profundamente arraigados con respecto a la salud y la sexualidad de las mujeres. (10)(11)(12)(13)(14)

Además, se entiende por violencia obstétrica el uso excesivo de intervenciones medicamentosas en el proceso del parto y el nacimiento, así como la realización de prácticas consideradas desagradables y a menudo dolorosas, perjudiciales y traumáticas, que carecen de pruebas científicas sólidas. Se considera una violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas en el proceso de parto, lo que incluye la pérdida de autonomía y de decisión sobre sus cuerpos. En este sentido, este tipo de violencia significa la apropiación de los procesos sexuales y reproductivos por parte de los profesionales de la salud, a través de la asistencia técnica mecanizada y la atención masiva al proceso de parto y nacimiento. (4)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14)

Las mujeres embarazadas y los profesionales de la salud consideran estos eventos como una práctica rutinaria o una respuesta al agotamiento de los equipos frente a las mujeres que se quejan. La diferencia racial, los antecedentes sociodemográficos, los ingresos y la educación influyen en la percepción que tienen los usuarios de la atención durante el parto y el nacimiento. La violencia obstétrica también está relacionada con la elección

de las mujeres por parte de cesárea. Las mujeres se acercan a la autonomía en la decisión sobre su parto y se someten a pautas que no entienden del todo, lo que hace que los profesionales se olviden de que es la mujer la que sufre y la que va a dar a luz.

(4)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14)

La garantía de experimentar plenamente el embarazo, el parto y el posparto es el deber de los profesionales de la salud comprometidos con la calidad del parto y el nacimiento. Los profesionales que actúan a distancia de las mujeres asistidas no pueden percibir sus necesidades reales. Generalmente, se refieren al parto enfatizando el miedo, el dolor en la seguridad, componiendo una condición de vulnerabilidad y dependencia. La modernización del campo de la obstetricia sustituyó a la protagonista de la mujer y menoscabó la modificación del escenario del proceso de parto. Con el desarrollo de la obstetricia, el contexto del parto se vinculó a la mujer incapaz de dar a luz sin utilizar las tecnologías. Se reconoce que los avances tecnológicos han contribuido en gran medida a reducir la mortalidad materna y neonatal, pero la atención obstétrica se ha vuelto mecanizada, asimétrica e inhumana, generando parturientas manipuladas, desinformadas y traumatizadas. (7)(8)(9)(10)(11)(12)(14)

Enfermeros Obstetras es indispensables en el acompañamiento de la mujer en el parto, teniendo en cuenta que la recibe en el momento del ingreso, escuchando sus angustias en cuanto al temor del proceso de parto y nacimiento, brindándole confort en el transcurso del proceso, estimulándola a asumir su rol de protagonista, pudiendo utilizar estrategias que transformen el entorno en el que actúa, traduciendo la ciencia que aprendió de manera humanista y teniendo en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de una maternidad segura y placentera.

## **5. Conclusiones**

El camino de la organización de la atención obstétrica ha determinado la consolidación de manera hegemónica del modelo tecnocrático, excesivamente medicalizado, no basado en evidencia científica consolidada, con la despersonalización de la atención y el predominio del uso de tecnologías. Los estudios demuestran que el acceso a los servicios obstétricos no es igual al torio, la inequidad en la distribución de las unidades de cama y en la adecuación de la estructura de las salas de maternidad, la persistencia en el

desarrollo de prácticas obstétricas no recomendadas, como la oxitocina, la episiotomía, la Maniobra de Kristeller, entre otras, además del constante aumento de las tasas de cesáreas, la prematuridad y el bajo peso al nacer, que caracterizan la fragilidad de la atención prestada durante la atención obstétrica en el proceso del parto y el nacimiento.

## 6. Bibliografía

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_pre\\_natal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf)
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- (3) Lansky S, et al. Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública. 2014, vol.30, suppl.1, pp.S192-S207. ISSN 0102-311X. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
- (4) Zanardo GLP, et al. Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. Belo Horizonte - BH. Revista Psicologia e Sociedade. 2017; 29:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>
- (5) Oliveira ASS et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4655/3474>

- (6) Almeida RP et al. Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 25, 26 e 27 Janeiro de 2018, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6113/3/12CongNacSaude.pdf>
- (7) Carvalho BL, Cangiani FMR, Pereira dos RMG. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. Colômbia. Rev Avances Enfermería. 2017; 35(2):190-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>
- (8) Santos FAPS, et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. Escola Anna Nery. 2016; 20(4):e20160094. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160094>
- (9) Barbosa LC, Fabbro MRC, Machado GPR. Violência obstétrica: revisão integrativa da pesquisa qualitativa. Av Enferm. 2017; 35(2):190-207. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>
- (10) Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(2):e06500015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
- (11) Diniz SG, et. al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. J Hum Growth Dev. 2015; 25(3):377-384. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- (12) Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface. 2017; 21(60):209-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
- (13) Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Rev Estud Fem. 2018; 26(1): e43278. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>
- (14) Jardim DMB, Modena CM. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. Rev Latino Am Enferm. 2018; 26:e3069. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- (15) Augusto CA et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da



Sober (2007-2011). Rev. Econ. Sociol. Rural, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745-764, Dec. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>

- (16) Mota JS. UTILIZAÇÃO DO GOOGLE FORMS NA PESQUISA ACADÊMICA. Revista Humanidades e Inovação v.6, n.12 – 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/issue/view/55>

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

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

- EDITORIAL. Estará destinado a artículo doctrinal o de opinión, en los que se abordarán cuestiones de marcado interés, por ser relevantes o polémicas en el momento en se realiza la publicación periódica.
- SAPIENZA VIVA. Esta herramienta está destinada a difundir y dar a conocer las trayectorias de aquellas personas relevantes por su ejercicio profesional dentro de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.
- HISTORIA. Destinada a la publicación de anales o crónicas, tanto originales como posibles revisiones relacionadas con disciplinas propias de las Ciencias de la Salud.
- TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES. Apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan al desarrollo tanto teórico como filosófico de las Ciencias de la Salud, así como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- MISCELÁNEA. Sección encarga de la divulgación de actividades, noticias, agenda, entre otros, así como de la revisión de novedades editoriales.
- CARTAS AL DIRECTOR. Serán aceptados en esta sección todas aquellas discusiones de trabajos publicados con anterioridad en EGLE, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias de extensión breve en su texto.

### PAUTAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS.

- Estructura del manuscrito: En la primera página estará destinada al título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués. Seguidamente el nombre de los autores, un máximo de seis (6), también en minúscula. En primer lugar, las iniciales en mayúsculas separadas

por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas, por ejemplo: M<sup>a</sup>. R. Pérez Pérez. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. La segunda página estará destinada al resumen del trabajo que tendrá un máximo de 200 palabras, igualmente en los tres idiomas ut supra. En la parte inferior se incorporarán un máximo de cinco palabras que los autores consideren claves con respecto al tema abordado en el artículo. El dossier se verá concluido con el contenido del artículo, con un número máximo de veinte páginas, en las que no se incluirán notas al pie de página. La última página estará dedicada a la bibliografía.

Con respecto a esta última, se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, exponencial o entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al. En el caso de que el trabajo esté orientado hacia las Humanidades, se utilizará el sistema de nombre y año, atendiendo a las recomendaciones establecidas por el Sistema Vancouver o APA. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería, Index Medicus o en la web CiberIndex. Debe tener presente lo que se reseña a continuación:

- Material gráfico, fotográfico e ilustraciones: deberán ser remitidas, junto con el artículo que se pretende publicar, indicando su número de orden y título a pie de página claramente.
- La fuentes tipográfica a emplear será Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL ARTÍCULO.

EGLE es una publicación periódica da la posibilidad de incorpora a su texto artículos en español, inglés y portugués. Una vez recibidos, pasan por un proceso de selección que consiste en una primera revisión realizada por el Consejo editorial que examina y comprueba que existe el cumplimiento de los requisitos establecidos por la revista, ut supra. En caso de no ceñirse a ellos,

será notificado al autor o a los autores, para acometer los cambios precisos que se le indicarán.

Posteriormente, tras una clasificación temática, el artículo es remitido a dos especialistas para su evaluación, desconociendo éstos en todo momento la autoría del documento enviado. Una vez establecidos los conceptos de los pares académicos, el Consejo editorial unifica las recomendaciones que se le harán llegar al autor/autores que puede ser en tres modalidades: de aceptación de los ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo, situación esta última que deberá hacerse llegar vía correo electrónico o postal.

Si desde el Consejo Editorial se decidiera rechazar el artículo, se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión razonada adoptada por el órgano rector editorial. Cuando el manuscrito sea considerado para incluir en la publicación de la revista, esta situación será notificada a los autores, disponiendo éstos de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación de este y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

EGLE se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto aportado que se pretende publicar. Los criterios en los que se fundamenta el Consejo Editorial son los siguientes: la originalidad y actualidad del tema abordado; la calidad y validez de los conocimientos aportados; la presentación, organización y desarrollo del texto; la inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en *EGLE. Revista de historia de los cuidadores profesionales y de la salud*.



