

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

Dirección Editorial: Calle San Martín, 62 (38001-S/C 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 VIII- Número 17. Primer Semestre 2021.

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 N^a S^a 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
Infirmorum 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). Coordinadora 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

“LA FORMACIÓN ENFERMERA”. INSTRUMENTO FUNDAMENTAL EN EL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN LA ESPAÑA DE LOS SIGLOS XVI Y XVII

Antonio Claret García Martínez, Manuel Jesús García Martínez

HISTORIA

EL HOSPITAL MILITAR MUSULMÁN DE CÁDIZ

Francisco Gabriel Conde Malia, Francisco Glicerio Conde-Mora

INTELIGENCIA EMOCIONAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Roberto García Sánchez, Laura Romero de los Reyes

EVOLUCIÓN DE ‘ATS A GRADUADO’ EN ENFERMERÍA


María Concepción Pérez Pérez, Aitor Ledesma Alonso

SAPIENZA VIVA

DOÑA ALICIA CARAMÉS Y DON ANTONIO PÉREZ: ‘HISTORIA DE UN MATRIMONIO’ AL SERVICIO DE LA SANIDAD TINERFEÑA.

Carmen Nazaret Rodríguez-Bacallado, Francisco Javier Castro-Molina, Antonio Pérez-Hernández

CARTA AL DIRECTOR

ENFERMEROS OBSTETRAS, OBSTETRICES Y PARTEROS EN EL CAMPO DE LA OBSTETRIA HOY EN DÍA 

Gustavo Gonçalves dos Santos

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

EDITORIAL

“LA FORMACIÓN ENFERMERA”. INSTRUMENTO FUNDAMENTAL EN EL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN LA ESPAÑA DE LOS SIGLOS XVI Y XVII

“NURSING TRAINING”. FUNDAMENTAL INSTRUMENT IN THE DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE IN SPAIN IN THE 16TH AND 17TH CENTURIES

Antonio Claret García Martínez¹, Manuel Jesús García Martínez²

¹Universidad de Sevilla. Director de “Híades. Revista de Historia de la Enfermería”.

²Universidad de Sevilla. Director de “Híades. Revista de Historia de la Enfermería”.

Correo electrónico: aclaret@portalhiades.com

Recibido: 16/01/2021

Aceptado: 15/05/2021

Resumen

Los autores realizan un recorrido por los diferentes instrumentos del desarrollo de la práctica enfermera en la España de los siglos XVI y XVII, recalando la importancia que ha tenido este acervo del conocimiento que ha sido considerablemente útil en momentos como los que vivimos con la pandemia provocada por el COVID-19.

Palabras claves: Práctica enfermera, siglo XVI, siglo XVII, formación enfermera.

Abstract

The authors take a tour of the different instruments for the development of nursing practice in Spain in the 16th and 17th centuries, emphasizing the importance of this wealth of knowledge, which has been considerably useful at times like those of us living with the caused pandemic. for COVID-19.

Keywords: Nursing practice, 16th century, 17th century, nursing training.

«Diome tanto trabajo la ignorancia y no saber el oficio de enfermero al tiempo que entré en el servicio de los pobres para aplicar los remedios que los Médicos ordenauan, que siempre me parecía no hazía cosa bien hecho y viuía con escrúpulos, procurando saber lo que ignoraua. Y assí me pareció cosa muy justa manifestar y enseñar a otros lo que tanto me costó en en veinte y quatro años de experiencia, que con mis desconfianças aprendí de Médicos muy doctos y experimentados y persuadido desta necessidad, y al ver lo que vn enfermero padece en vn hospital, viéndose con tantos remedios que aplicar a los enfermos afligidos, sin saber cómo lo ha de hazer (...)»¹.

«Aseguro con toda verdad que si hubiera de deçir todo lo que siento y he experimentado en todo el tiempo que he usado el ofiçio de enfermero, con enfermeros ignorantes, que se podría haçer un libro de sus desatinos, y con toda esta ignorança, muy presuntuosos y porfiados algunos de que lo haçen bien, que es propio de ignorantes ser atreuidos»².

Con estos pensamientos se expresaban Andrés Fernández (enfermero Obregón) y Simón López (enfermero y barbero castellano) en la primera mitad del siglo XVII de la falta de formación de muchos enfermeros y de la necesidad de preparar a los jóvenes que decidían dedicarse a este oficio.

Así es, ha sido una constante a lo largo de los siglos la falta de valoración de la formación adquirida por las enfermeras antes y durante el desarrollo de sus tareas profesionales en los hospitales y en los diversos centros en donde han ejercido su oficio, y con la que se ha denostado hasta los cimientos su profesionalidad y buen hacer. La inexistencia de unos estudios reglados y su consiguiente falta de titulación han ensombrecido la calidad de unos servicios sanitarios que se han fundamentado en unos modos de aprender-enseñar diferentes a los actuales, pero no por ello carentes de calidad y buenos resultados. Hoy en día, además, que tan en tela de juicio se está poniendo al sistema educativo español en los foros internacionales, consideramos necesario plantear estas reflexiones.

Debemos partir de la idea de que la segunda mitad del siglo XVI y comienzos del XVII supusieron un período de profundas transformaciones en la práctica enfermera en España. Un oficio humilde y de escaso reconocimiento social y profesional iba a conocer

un avance significativo en su fundamentación gracias a la reflexión sobre la materia de los cuidados que hicieron enfermeros pensadores, y no sólo desde el ámbito de la Iglesia, sino también, como es el caso de Simón López, desde el mundo laico. A ello iban a sumarse las reivindicaciones salariales y de mejoras en el puesto de trabajo que exigieron muchas enfermeras que trabajaron en hospitales de todo el reino, constatable, especialmente, en los hospitales dependientes de la Corona, más reconocible este complejo proceso debido a la conservación de una más rica y variada documentación.

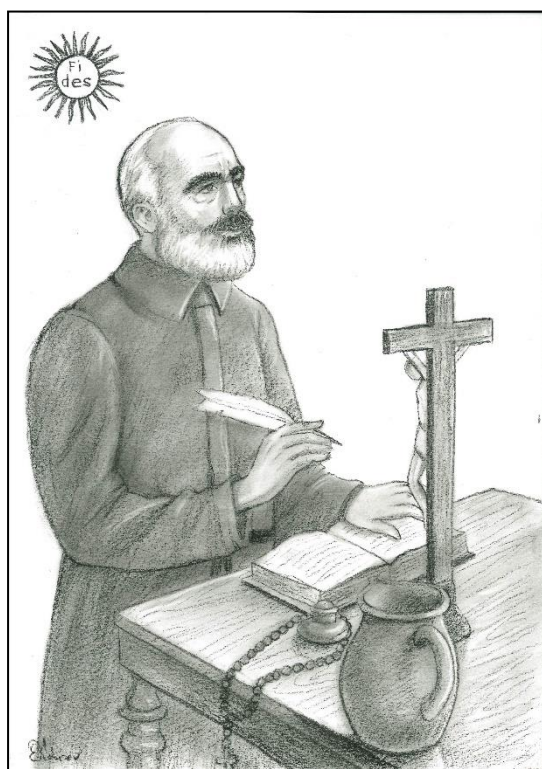


Ilustración 1. E. Kabirov: “Y sepan nuestros hermanos enfermeros”.
Fondo: Archivo y Biblioteca Qalat Chábir. A.C. Alcalá de Guadaíra.

La Europa del siglo XVI estaba reformulando muchos de los principios sobre los que se sustentaba su edificio ideológico, con sólidas raíces medievales, sobre los que estaban superponiéndose nuevas formulaciones que afectaban a los cimientos de la relación del hombre con la naturaleza, del hombre con sus semejantes y, especialmente, del hombre con Dios. El desarrollo de las ciencias y una nueva espiritualidad acabaron transformando muchos de los pilares que soportaban tradiciones muy antiguas que ya

no satisfacían a un hombre que buscaba una nueva relación con su entorno más absoluto.

Todo ello iba a incidir poderosamente sobre el mundo de la prestación de cuidados en los hospitales europeos, especialmente en los grandes hospitales españoles, en donde, en muchos de ellos, se iba a ir desarrollando un pensamiento reflexivo y transformador de la práctica enfermera que produciría importantes cambios en la relación entre enfermo-enfermedad-enfermero.

En las constituciones de algunos hospitales de finales del siglo XVI se resalta con rotundidad la importancia y necesidad de la formación de los “enfermeros mayores”, las personas que hacían las tareas de supervisión de las más diversas actividades de los hospitales: organización de los turnos de enfermeros, gestión del ajuar de las salas, supervisión de la aplicación de las prescripciones médicas y otras actividades fundamentales para el adecuado funcionamiento de los hospitales a su cargo.

En las constituciones del Hospital del Espíritu Santo de Sevilla (especializado en las enfermedades de transmisión sexual), elaboradas en 1590, se resalta la importancia del “enfermero mayor”:

“Enfermero Mayor y los demás enfermeros.

1. El officio de Enfermero Maior es de mucha consideración, porque dél depende la mayor parte de la cura y regalo de los enfermos, y así se ha de procurar que sea persona de mucha confianza y çelo, ha de tener la superintendencia en todas las enfermerías y enfermeros, distribuyendo y ordenando a los demás lo que han de haçer, señalando a cada vno a lo que han de acudir conforme a estas Constituçiones y a la orden que le diere el administrador”³.

Este nivel de trabajo requería de competencias muy variadas, al tener que compaginar tareas más administrativas y de gestión (como la distribución de los turnos de enfermeros y enfermeras, organización de salas, control del ajuar hospitalario, intercambio de pareceres con el administrador del hospital y otras tareas similares) con otras relacionadas con el plano de los cuidados, ya que tenía que departir con los médicos y darles cumplida cuenta de todos los sucesos acaecidos a los enfermos a lo largo del día o la vigilancia en la aplicación de los tratamientos, la distribución correcta de las comidas o las tareas de limpieza e higiene. Por ello, estas mismas Constituciones del hospital sevillano remarca que este “enfermero mayor” debiera tener estudios, al

menos de practicante en medicina y cirugía, y si no, persona capaz de suplirlos, como era lo más habitual:

“2. Hase de procurar que sea practicante en medicina y cirugía y no se hallando tal, a lo menos, que sea persona suficiente para poder dar buena relación al médico y cirujano de las enfermedades de los enfermos y sucesos de ellas y que pueda acudir a los casos repentinos que de día y de noche suelen acontecer”⁴.

De todo ello se desprenden las exigencias cada vez mayores de la figura de los enfermeros y enfermeras mayores en el organigrama de los hospitales en la España de los Austrias.

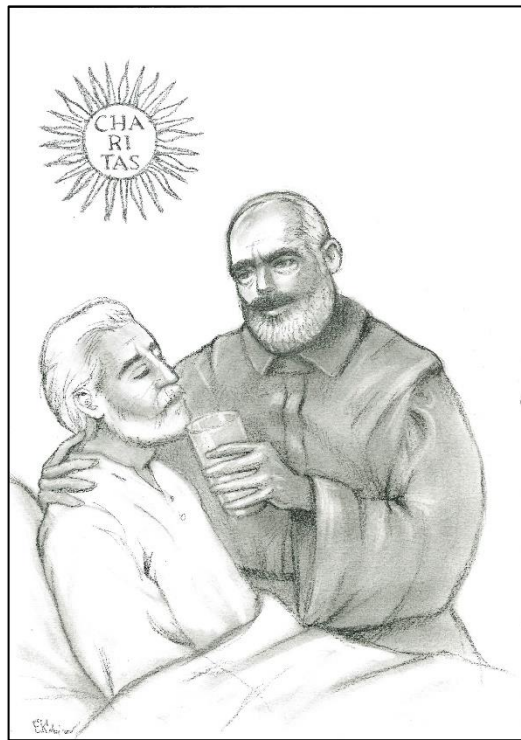


Ilustración 2. E. Kabirov: “No es sólo agua””.
Fondo: Archivo y Biblioteca Qalat Chábir. A.C. Alcalá de Guadaíra.

¿Cómo se desarrollaba la enseñanza y el aprendizaje de los enfermeros de la época, cuando todavía no existía una legislación estatal que estableciera un programa de contenidos y unas formas de evaluación, que proporcionaran una titulación para el estudiante que reconociera su capacitación profesional? Para acercarnos a este importante tema, disponemos de abundantes fuentes escritas.

En este punto, debemos distinguir dos ámbitos bien diferenciados, aunque con muchos puntos en común: los enfermeros pertenecientes a órdenes y congregaciones religiosas, y los enfermeros laicos⁵.

Las órdenes y congregaciones religiosas que fueron apareciendo desde el siglo XVI con una finalidad asistencial, y que en España quedan representadas, cronológicamente, por la Orden de San Juan de Dios (mediados del siglo XVI), la Congregación de los enfermeros Obregones (desde 1567) y la Orden de los Bethlemitas (siglo XVII), establecieron sistemas formativos bien organizados para sus novicios-enfermeros. Los enfermeros Obregones (congregación asistencial fundada por Bernardino de Obregón hacia 1567) estableció una red de “casas de aprobación”, que eran hospitales especializados en la formación de los jóvenes novicios-enfermeros. Estas instituciones docentes contaban con “maestros de novicios”, que se encargaban de un grupo de jóvenes aspirantes a enfermeros a los que se les establecía un plan formativo en base a unos conocimientos bien seleccionados, al aprendizaje de unas habilidades técnicas y, por último, a un riguroso estudio de sus cualidades para el esfuerzo y la entrega, ya que el trabajo en los hospitales era realmente duro.

Estas “Casas de Aprobación” eran los puntos de partida de enfermeros que después iban a ser trasladados a aquellos hospitales u otros servicios de los que se había hecho cargo la Congregación de Bernardino de Obregón. Asistimos en España en estas últimas décadas del siglo XVI a toda una evolución, muy significativa en el plano formativo, de la práctica enfermera. En 1617 se publica “Instrucción de Enfermeros”, un manual/tratado escrito por los enfermeros Obregones para la formación de los enfermeros. En 1625, tan solo unos años después, conocería esta obra una segunda edición muy ampliada. Esta obra representa todo un hito para la enfermería española y mundial, ya que puede ser considerado el primer texto formativo escrito por enfermeros para la formación de los enfermeros⁶.

Paralelamente a la práctica enfermera en el mundo religioso, conocemos también una evolución muy significativa en la enfermería laica. Para documentar este hecho disponemos de otra obra de gran valor, como es la compuesta por el enfermero-barbero Simón López, titulada “Directorio de Enfermeros” a mediados del siglo XVII, y de la que hemos extraído la cita que inicia este trabajo. Ambos son textos formativos, orientados a elevar la preparación enfermera tanto de los más jóvenes que desean iniciar su

dedicación al cuidado de los enfermos como a otras personas de más edad que se incorporan a una práctica enfermera en los hospitales, con la finalidad de obtener un salario con el que poder vivir y mantener a su familia.

¿Cómo se realizaba la formación de los jóvenes enfermeros?

Tanto en el ámbito religioso, con sus características particulares, como en el laico, la formación se desarrollaba directamente en el hospital. Debemos diferenciar claramente dos tipos de enseñanza-aprendizaje: la que recibían los jóvenes que deseaban ser enfermeros, por una parte; y aquella “formación continua” que desarrollaban los enfermeros más experimentados y veteranos, que continuaban formándose-aprendiendo durante toda su vida.

Los más jóvenes aprendían de los enfermeros más experimentados (ya fueran enfermeros o enfermeras). Era un aprendizaje tanto práctico, por el ejercicio diario de las técnicas enfermeras (aplicación de enemas, unturas, fregamientos y otras que se realizaron según el conocimiento científico de cada época); la administración de los medicamentos prescritos por los médicos y, además, todo lo relacionado con el régimen dietético de los enfermos (tipos de alimentación para cada dolencia, horarios de comidas, higiene observada para su administración, etc.); como aprendizaje teórico: nombre de las técnicas, sus características y efectos, su preparación y su aplicación. Por todo ello, conocimiento práctico y conocimiento teórico eran necesarios para una buena formación.

Por otra parte, estaba la formación continua de los enfermeros más veteranos. En muchos casos, se prolongaba durante toda la vida y se interrelacionaba con tareas de investigación. Disponemos de muchas referencias a esta realidad. Andrés Fernández y Simón López refieren con frecuencia en sus tratados cómo ellos mismos hablaban continuamente con los médicos, cirujanos y boticarios para conocer cuestiones muy diversas sobre las disciplinas de cada uno de ellos: sobre las enfermedades que padecían sus enfermos, sobre la idoneidad o no de algunos medicamentos y cuestiones muy diversas. A ello se unía la lectura frecuente de obras de medicina, cirugía y herbolaria, que circulaban de manera profusa desde mediados del siglo XVI. Todo ello hacía que cuando estos enfermeros llevaban muchos años de ejercicio y trabajo en hospitales alcanzaran una elevada formación.

Esta formación se completaba con el desarrollo de la “observación” como gran instrumento de aprendizaje. Los buenos enfermeros anteriores al siglo XX obtenían a través de la “observación” una importante información sobre el estado de sus enfermos, así como sobre la posible proximidad de su muerte. El escaso desarrollo tecnológico del momento hacía más importante la relación de cercanía entre el paciente y el enfermero y el desarrollo de un seguimiento de sus dolencias de una manera más visual y de proximidad. Todo ello significó, especialmente en aquellos grandes hospitales del Reino, que disponían de más recursos económicos y humanos, un importante aumento de la calidad de los cuidados dispensados⁷.

Sabemos que los enfermeros Obregones eran reclamados frecuentemente para que se ocuparan de muchos hospitales pequeños o deficientemente regentados y se hicieron cargo de estos centros en lugares de España y Portugal. Enfermeros de la Orden de San Juan de Dios y de los Obregones tomaron parte en la campaña de la Armada Invencible de 1588, embarcados en un barco-hospital.

Toda esta formación no contó con un reconocimiento legal hasta la segunda mitad del siglo XIX, ni con un plan de estudios aprobado por el Estado ni con una titulación que validara todo su aprendizaje. Ello no implicaba que ésta no existiera ni que fuera de escasa o nula calidad. Fue evolucionando y adaptándose al compás del desarrollo de la ciencia médica y de las restantes disciplinas del entorno de la salud. Si ello no hubiera sido así, se hubiese producido un desnivel insalvable entre el conocimiento médico-farmacológico y su aplicación en los entornos hospitalarios. Este desnivel se producía, más frecuentemente, por escasez de recursos económicos y dotación de personal, que hacía que los hospitales estuviesen desprovistos de medicinas y alimentos, además de contar con unas instalaciones y dependencias que caían en el abandono y falta de reparaciones.

Con la Ley de Instrucción Pública del Ministro Claudio Moyano Samaniego de 1857, España intentaba modernizar su sistema formativo y aprobó las titulaciones y planes de estudio de una nueva figura sanitaria, el “practicante”, y también para otra profesional con una larga historia: las “matronas”. Habrá que esperar hasta 1915, cuando a propuesta de las Siervas de María, el Rey Alfonso XIII conceda la obtención del título de enfermera⁸. Son décadas de cambio legislativo, de intentos de definición de un oficio-profesión, el de las enfermeras, que llevaban siglos ofreciendo unos servicios sanitarios

insustituibles a la sociedad, pero que no habían obtenido ni el reconocimiento social ni legal que sí alcanzaron entre 1857 y 1915. Desde entonces, la Enfermería ha seguido creciendo de una forma muy importante hasta alcanzar hoy, ya en el año 2021, los niveles de máster y doctorado.

Todo ha sido un largo camino de preocupación, de lucha y de reivindicación. Pero no debemos ni podemos dejar de mirar atrás y reconocer a aquellas enfermeras y enfermeros que, ya fuera por una satisfacción espiritual (enfermeros religiosos), ya fuera por la obtención de un salario para mantener a sus familias (enfermeras laicas), se incorporaron a este oficio-profesión, trabajaron durante muchos años en los hospitales, dieron frecuentemente sus vidas, en caso de epidemias y catástrofes, y, en definitiva, fueron dando forma a un oficio que nació siendo humilde y ha llegado en el momento presente a alcanzar la titulación más elevada. Con este importante bagaje histórico detrás, sus profesionales siguen luchando por mejorar la profesión y el servicio que prestan a los demás. La actual pandemia de la COVID-19 es una buena muestra de ello.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) García Martínez, M. J.; García Martínez, A. C.: *Orígenes y fundamentos de la Enfermería moderna en España. Los tratados “Instrucción de Enfermeros y Tratado de lo que se ha de hazer con los que están en el artículo de la muerte (siglo XVII)*. Consejo General de Enfermería de España, Madrid, 2017, p. 101.
- 2) García Martínez, A. C.; García Martínez, M. J.: *Directorio de Enfermeros. Un tratado para la formación de los enfermeros en la España del siglo XVII*. Consejo General de Enfermería de España. Madrid, 2017, p. 159.
- 3) Archivo de la Diputación de Sevilla. Hospital del Espíritu Santo, leg. 2C, ff. 13r-14v. Estatutos y constituciones del Hospital del Espíritu Santo de Sevilla, 26 abril 1590. En Portahliades, “Documento del Mes”: http://uhu.es/centrodeexposicionesvirtuales/DM2016/DOCU_MES/02_PUBLICADO_S/DOCU_01/01_%20ESTATUTOS.html. Véase García Martínez, A. C.: “Las constituciones de los hospitales y los cuidados enfermeros en la España de los Austrias (siglos XVI-XVII). En *Erebea. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 4. Universidad de Huelva. Huelva, 2008, pp. 43-80.
- 4) *Ibídem*.

- 5) Cuando hablamos de enfermeros (salvo que maticemos) utilizamos su valor gramatical y nos referimos tanto a hombres como a mujeres, con ello intentaremos evitar una redundancia excesiva que dificulta la fluidez de la lectura.
- 6) De la obra se hicieron siete ediciones entre los siglos XVII y XVIII, una de ellas en portugués, impresa en Lisboa en 1747 y circuló ampliamente por América y Europa. Era obra habitual de consulta no solamente entre los enfermeros, sino también entre otros profesionales sanitarios, como los cirujanos y boticarios. En la actualidad se conservan ejemplares en bibliotecas de todo el mundo. García Martínez, M. J.; García Martínez, A. C.: *Orígenes y fundamentos de la Enfermería moderna en España. Los tratados "Instrucción de Enfermeros y Tratado de lo que se ha de hazer con los que están en el artículo de la muerte (siglo XVII)*. Consejo General de Enfermería de España, Madrid, 2017, pp. 57 y ss.
- 7) García Martínez, M. J.: "El tratado *Instrucción de Enfermeros* (enfermeros Obregones, 1625) y la importancia de la *observación* para una práctica segura y de calidad en el trabajo enfermero". Actas del VII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada". Calidad y Prácticas Seguras en la Promoción y Prestación de Cuidados. Volumen 1, Capítulo 97, 2016.
- 8) Trabajos interesantes sobre esta época y este tema pueden verse en Carlos C. Álvarez Nebreda y Francisca J. Hernández Martín (edits.): *El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión*. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Madrid, 2013.

HISTORIA

EL HOSPITAL MILITAR MUSULMÁN DE CÁDIZ

THE MUSLIM MILITARY HOSPITAL OF CÁDIZ

Francisco Gabriel Conde Malia¹, Francisco Glicerio Conde-Mora²

¹Archivero de la Diputación Provincial de Cádiz

²Profesor del CUE Salus Infirmorum de Cádiz, adscrito a la Universidad de Cádiz

Correo electrónico: franciscogconde@hotmail.com

Recibido: 15/12/2020
Aceptado: 19/03/2021

Resumen: En el presente artículo se aborda el origen y la atención sanitaria desarrollada durante la guerra civil española (1936-1939) en el “Hospital Moro de Cádiz”, ubicado en el Hospital Mora. En este nosocomio, del que apenas hay mención en la historiografía gaditana, se atendieron a los musulmanes del bando nacional o franquista. Analizaremos sus orígenes, el personal sanitario en él destinado, su incautación por el ramo de Guerra y su devolución a la Diputación Provincial de Cádiz al finalizar la contienda.

Palabras Clave: Hospital; musulmán; militar

Abstract: This article deals with the origin and health care developed during the Spanish Civil War (1936-1939) in the “Hospital Moro de Cádiz”, located in the Hospital Mora. In this hospital, of which there is hardly any mention in Cádiz historiography, Muslims from the national or Francoist side were cared for. We will analyze its origins, the health personnel assigned to it, its seizure by the War branch and its return to the Provincial Council of Cádiz at the end of the war.

Keywords: Hospital, muslim, military

INTRODUCCIÓN

La transformación del Hospital Mora Provincial en Hospital Militar Musulmán para la asistencia de los heridos en campaña de religión musulmana constituye uno de los aspectos menos conocidos de la guerra civil en Cádiz y aún de su propia historia sanitaria. Así que, dadas las escasas referencias bibliográficas, nos proponemos arrojar un poco de luz en torno al mencionado Hospital Militar Musulmán.

Ese es nuestro principal objetivo, es decir, dar a conocer su existencia. Lo afrontaremos de manera contextualizada y haciendo especial hincapié en determinadas cuestiones que juzgamos de cierto interés, como la incautación por Guerra, la devolución a la Diputación y la dotación de personal, las cuales analizaremos en sus respectivos apartados.

En cuanto a las fuentes documentales consultadas, para la redacción de los apartados dedicados a la incautación y a la devolución del Hospital Mora nos hemos basado esencialmente en el expediente de incautación de dicho Hospital, que se conserva en el Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz. La Diputación era la propietaria del establecimiento desde que José Moreno de Mora se lo entregara en marzo de 1904. Y es en su Archivo, que alberga los documentos producidos y recibidos por la institución provincial a lo largo de su existencia, donde podemos encontrar aquellos relacionados con el gobierno y la administración del Mora. La incautación y la devolución, por tanto, las hemos tratado desde un punto de vista civil, resultado de las fuentes utilizadas.

Decimos lo de la perspectiva civil porque el Hospital Mora generó su propia documentación mientras estuvo bajo jurisdicción militar, si bien, en sentido estricto, el órgano productor de la misma no fue el Mora sino el Hospital Militar Musulmán. Esa documentación militar se encuentra dentro del fondo del Hospital Militar de Cádiz, depositado a día de hoy en el Archivo del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid.

Igualmente, para conocer al personal sanitario (enfermeras y médicos) que trabajó en este nosocomio atendiendo a pacientes de religión islámica durante la guerra civil (1936-1939) hemos acudido al Archivo de la Universidad de Cádiz, cuyos fondos nos han permitido profundizar en su conocimiento.

Terminamos esta breve introducción agradeciendo públicamente la inestimable colaboración prestada por el personal del Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz, del Archivo de la Universidad de Cádiz y del Archivo Municipal de Cádiz.

LOS HOSPITALES MUSULMANES EN ESPAÑA DURANTE LA GUERRA CIVIL

En el bando nacional o franquista participaron numerosas tropas musulmanas procedentes del Protectorado Español de Marruecos. Recordemos la importancia de las tropas regulares.¹

Aunque no ha sido objeto de estudio hasta ahora, el nosocomio musulmán gaditano no es un caso aislado. En el contexto de la guerra civil española contamos con varios “hospitales moros”.

En la propia Andalucía, además del Hospital de Cádiz, hallamos los de El Puerto de Santa María (Cádiz), Jerez de la Frontera (Cádiz), Sanlúcar de Barrameda (Cádiz), Sevilla, Córdoba, Ronda (Málaga) y Granada.



Ilustración 1. Hospital Moro de Zaragoza. Fuente: BNE GC-CAJA/115/17.

En el resto de España, en Salamanca, Medina del Campo (Valladolid), Burgos, Cáceres, Zafra (Badajoz), Villafranca de los Barros (Badajoz), Vigo, balneario de la Toja (Pontevedra), balneario de Guitiriz (Lugo), Hospital Asilo de Villalba (Lugo), Avilés (Asturias) y Zaragoza (edificio que actualmente es el Servicio Provincial de Salud y

Consumo, en la calle Santiago Ramón Cajal, n.º 68). Todavía se conservan restos de algunos de los edificios que albergaron a estas tropas musulmanas del bando franquista. Es el caso del anteriormente mencionado balneario de Guitiriz, cuya antigua mezquita todavía puede visitarse.

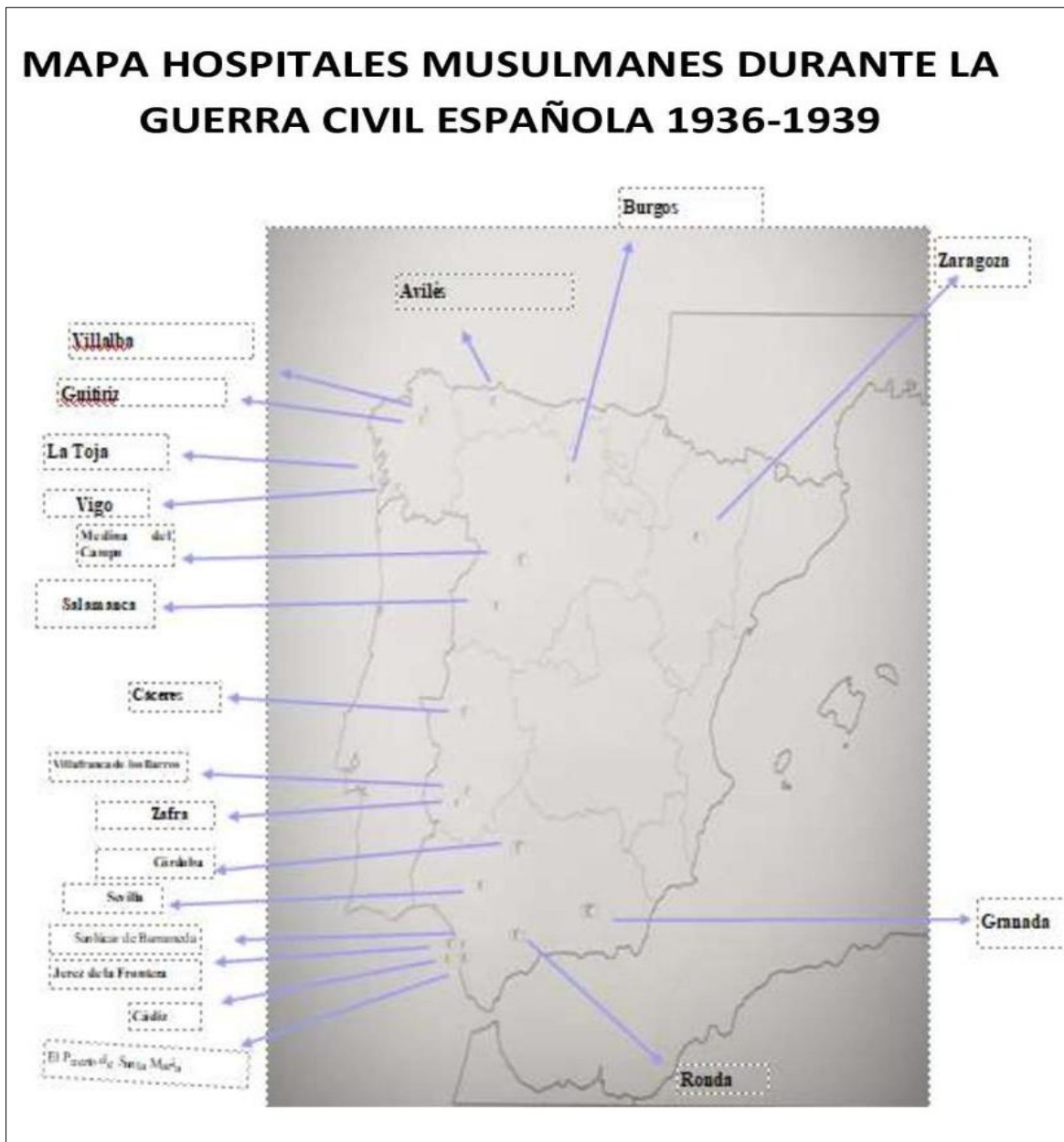


Ilustración 2. Mapa de hospitales musulmanes durante la Guerra Civil española: 1936-1939 (Fuente: elaboración propia).

Sol Tarrés y Óscar Salguero en su trabajo “Musulmanes en Andalucía” calculan que la participación de marroquíes en la guerra civil española llegó a la cifra de cien mil personas, afirmando que un 20 % fallecieron en la contienda fratricida.²



Ilustración 3. Fachada del Colegio San Luis Gonzaga, en El Puerto de Santa María, Cádiz, donde estuvo ubicado el Hospital Militar Musulmán de dicho municipio. (Fuente: Colección particular Francisco Glicerio Conde Mora).

CONTEXTO HISTÓRICO-SANITARIO DE CÁDIZ DURANTE LA GUERRA CIVIL

¿Cuál era la infraestructura sanitaria de la capital gaditana entre los años 1936 y 1939?

En Cádiz capital, además del Hospital Mora y el Hospital Militar (antiguo Hospital Real, junto a la Facultad de Medicina), se contaban con las camas del Hospital de Mujeres y el Hospital de San Juan de Dios.

Además de los nosocomios anteriormente mencionados, debemos añadir el edificio del Colegio Campo del Sur, la Casa de los Caballeros Hospitalarios de San Juan Bautista y la Cruz Roja.

Con respecto al edificio que actualmente alberga el Colegio Público Campo del Sur, su primera piedra fue colocada por el rey Alfonso XIII, siendo inaugurado en 1930. Durante la II República estuvo en desuso, fue un tiempo colegio llamado Joaquín Costa, hasta que en 1936 se convierte en hospital militar. Por orden de 18 de octubre de 1938 vuelve

a ser colegio con el nombre de Generalísimo Franco. Por último, la Casa de Socorro de los Caballeros Hospitalarios.³

TELÉFONO 105

SERVICIOS
POR
CUBIERTOS Y PALCOS

GRAN RESTAURANT

SUCURSAL
BAR
"LAS FLORES"

Antigua de Cabo

Puerto de Santa María de Septiembre de 1937

Sr. Presidente de la Com. *Com. P. de S. M.* Debe:

			Positas	Cts.
Sept	4	Por 36 servicios de comensales	140	158/10
	5	" 67 " de comidas	2385	26565
	6	" 68 " " "	2385	26180
	7	" 69 " " "	2385	26565
	8	" 86 " " "	2385	30800
	9	" 117 " " "	2385	18095
	10	" 2 " " "	2385	770
	11	" 3 " " "	2385	1155
	12	" 5 " " "	2385	1925
	13	" 3 " " "	2385	1155
	14	" 1 " " "	2385	385
	15	" 2 " " "	2385	770
	16	" 3 " " "	2385	1155
	17	" 3 " " "	2385	1155
			Total	152515.

Juan Pineda

PAGOS DE COMIDAS A SOLDADOS Y ENFERMERAS QUE ACOMPAÑARON A LOS HERIDOS DE LAS TROPAS MUSULMANAS EN LOS TRENES MILITARES PARA SU INGRESO EN EL HOSPITAL MILITAR MUSULMAN EN ESTA CIUDAD DEL PUERTO DE SANTA MARIA (COLEGIO DE PADRES JESUITAS)

Ilustración 4. Documentación del Hospital Militar Musulmán fechada en 1937 (Fuente: Colección particular Francisco Glicerio Conde Mora).

Junto a los establecimientos sanitarios anteriormente mencionados, recordemos que el bando nacional fue apoyado por países como Alemania, Italia y Portugal. A nivel internacional, no debemos olvidar que el 25 de octubre de 1936 la Alemania nazi y la Italia fascista firmaron un pacto de amistad, anunciando poco después la formación del Eje Roma-Berlín.

En este contexto, y como apoyo al bando franquista, el 22 de diciembre de 1936 llegaron a Cádiz “camisas negras” fascistas procedentes de Italia. Permanecieron en suelo gaditano hasta el 15 de octubre de 1938, fecha en que los diez mil voluntarios italianos regresaron a Italia en tres trasatlánticos, arribando a Nápoles el 20 de octubre.

También tenemos constancia de la presencia de soldados del III Reich en la capital gaditana. Para la atención de estos soldados, estas dictaduras (la Alemania nazi y la Italia fascista) destinaron “buques hospitales” que estuvieron fondeados en nuestro puerto, hecho que no puede ser omitido en el contexto de la atención sanitaria en Cádiz durante la guerra civil.

Con respecto a las naves hospitales italianas estas fueron las siguientes: Aquileia, Helouan, Gradisca, Cesarea y Sicilia⁴. Sabemos que la Aquileia realizó once viajes entre Nápoles y Cádiz entre marzo 1938 y junio de 1939, transportando 2063 militares a España en ayuda del bando nacional y repatriando 5571 heridos y enfermos a Italia. Estos datos los conocemos gracias al Ministerio de Defensa de Italia, en concreto a los datos que conserva su *Marina Militare*. Conocemos también el nombre del coronel médico que dirigía la nave hospital Gradisca, llamado Giulio Ceccarelli.

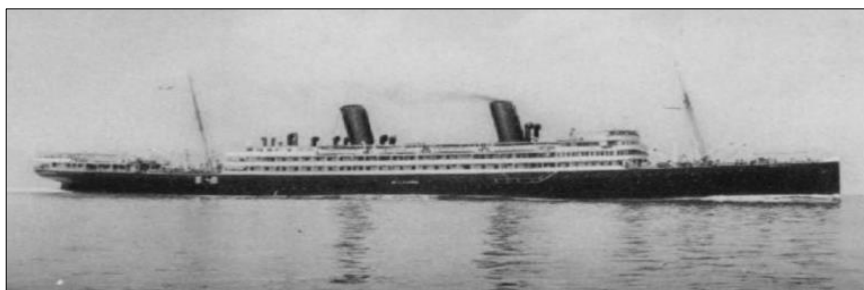
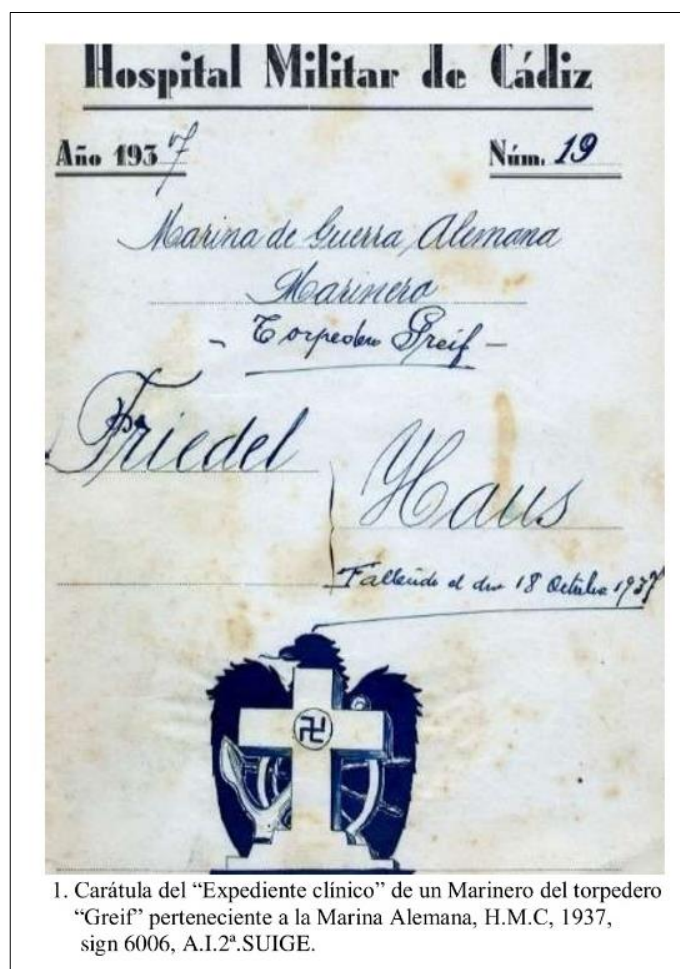


Ilustración 5. Nave Hospital Helouan. Fuente: Mattesini, Francesco. *La guerra civile spagnola e la Regia Marina Italiana (1936-1939)*. Soldiershop, 2020.

El Greif fue el tercero de seis torpederos Tipo 23 construidos para la Armada alemana (inicialmente llamada *Reichsmarine* y luego renombrada como *Kriegsmarine* en 1935).

El barco realizó múltiples patrullas de no intervención durante la guerra civil española a finales de la década de 1930.



1. Carátula del "Expediente clínico" de un Marinero del torpedero "Greif" perteneciente a la Marina Alemana, H.M.C, 1937, sign 6006, A.I.2ª.SUIGE.

Ilustración 6. Documentos del Hospital Militar de Cádiz en 1937 (Fuente: Archivo del Hospital Militar Gómez Ulla).

LA UBICACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR MUSULMÁN DE CÁDIZ: EL HOSPITAL MORA

Edificado en los terrenos que anteriormente ocupara el Cuartel de San Fernando, el Hospital Mora, inaugurado en 1904, fue construido gracias a José Moreno de Mora. En un primer momento recibió el nombre de San José, pero a lo largo del siglo XX fue conocido por diferentes generaciones como el Hospital Mora.⁵

Los nombres del distinguido arquitecto director de las obras del Hospital y del inspector representante de las mismas son, respectivamente, Lucien Viraut y Edmond Liorel. A

comienzos del pasado siglo XX, el ingeniero militar Guillermo Ortega describió en varios artículos publicados en la revista *La Construcción Moderna* las innovaciones del nosocomio gaditano.⁶



Ilustración 7. Postal del Hospital de San José de Cádiz (Fuente: *La Construcción Moderna*-Madrid, n.º 4, 29 de febrero de 1904).

LA INCAUTACIÓN DEL HOSPITAL MORA PROVINCIAL

A medida que la guerra avanzaba y los frentes se alejaban de la ciudad, Cádiz comenzó a cumplir funciones características de la retaguardia, como la prestación de servicios hospitalarios y el suministro de ropas, víveres, etc.⁷ En lo que respecta a la asistencia hospitalaria, gracias a los libros registro de ingresos y altas de enfermos, sabemos cuándo ingresaron los primeros heridos en campaña en el principal nosocomio gaditano: el Hospital Mora Provincial.

El 26 de octubre de 1936 ingresaron en el Mora los primeros civiles con el diagnóstico "herido en campaña". Encabeza esta lista Manuel Sánchez Conejero, de 23 años, soltero, natural de Marchena (Sevilla) y de profesión "campo"⁸. El 19 de noviembre entraron los primeros militares de profesión. Aparece en primer lugar Andrés Marti Zafra, de 36 años, soltero y natural de Almansa (Albacete)⁹. Militares y civiles fueron alojados en la sala San Juan del Hospital. El 26 de noviembre ingresaron los primeros musulmanes heridos

en campaña. El paso de éstos por el Mora se inicia con Mohamé Ben Tuami, del que no se aportan más datos.¹⁰



Ilustración 8. Retrato de José Moreno de Mora y Vitón (1825-1908). Autor desconocido. Siglo XIX. Palacio Provincial.

El cuidado de los heridos musulmanes no se limitó al Hospital Mora, ya que también ingresaron en otros centros sanitarios de la ciudad, tales como el Hospital de San Juan de Dios, el Hospital de Nuestra Señora del Carmen y el Hospital Militar. En la visita a los hospitales de sangre de Cádiz que realizó el visir de la zona oriental de Marruecos y Rif, Abd el Kader, durante la mañana del jueves 8 de abril de 1937, comprobó que en San Juan de Dios eran asistidos veinticinco “soldados marroquíes”, en el Carmen “unos cuarenta moros de regulares y de las mehalas” y en el Militar ascendía a setenta “el total

de moros heridos”¹¹. En total, ciento treinta y cinco musulmanes, a los que habría que sumar los del Mora, del que desconocemos las cifras, aunque las suponemos altas por el número de camas de este Hospital. Así que estamos convencidos de que en abril de 1937 los musulmanes atendidos en los hospitales gaditanos superaban los doscientos.



Ilustración 9. Membrete de un oficio del Hospital Militar Musulmán. 23 de julio de 1939. Nótese, además de la cruz de Malta, una coronal mural o republicana. Recordemos que el decreto de 2 de febrero de 1938 (BOE n.º 470, de 3 de febrero de 1938) cambió el escudo de la II República por el “escudo del Águila” (vigente hasta 1981). Sin embargo, en el membrete de este oficio, fechado con posterioridad al citado decreto, todavía vemos las armas de la Sanidad Militar de la II República. Fuente: ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.

El cuidado de los heridos musulmanes no se limitó al Hospital Mora, ya que también ingresaron en otros centros sanitarios de la ciudad, tales como el Hospital de San Juan de Dios, el Hospital de Nuestra Señora del Carmen y el Hospital Militar. En la visita a los hospitales de sangre de Cádiz que realizó el visir de la zona oriental de Marruecos y Rif, Abd el Kader, durante la mañana del jueves 8 de abril de 1937, comprobó que en San

Juan de Dios eran asistidos veinticinco “soldados marroquíes”, en el Carmen “unos cuarenta moros de regulares y de las mehalas” y en el Militar ascendía a setenta “el total de moros heridos”¹¹. En total, ciento treinta y cinco musulmanes, a los que habría que sumar los del Mora, del que desconocemos las cifras, aunque las suponemos altas por el número de camas de este Hospital. Así que estamos convencidos de que en abril de 1937 los musulmanes atendidos en los hospitales gaditanos superaban los doscientos. El 19 de abril de 1937 entró en el Mora Hamed Ben Mohamed Liti Hamed, de los regulares de Tetuán, 16 tabor, 3.ª compañía¹². Es el último musulmán y el último herido en campaña que figura en los libros registro de ingresos y altas de enfermos. Claro está que ingresaron muchos más con posterioridad a esa fecha, pero quedaron asentados en los libros que llevaba la administración militar, dado que el general jefe del Ejército del Sur, Gonzalo Queipo de Llano, ordenó el 8 de mayo “la entrega a Guerra de la totalidad del Hospital Mora, pasando a depender en un todo de la dirección del Hospital Militar, y siendo militar y a cargo del Cuerpo de Intendencia la administración del mismo”.¹³

La llegada de heridos de guerra al Mora durante todos esos meses alteró el normal funcionamiento del Hospital. La Diputación, como propietaria del establecimiento, hubo de afrontar la situación con diversas medidas. De las que tenían que ver con la infraestructura hospitalaria hay que resaltar la utilización del Hospicio para la hospitalización de enfermos. Las camas disponibles en el Mora, que giraban en torno a las trescientas, se revelaron insuficientes ante la afluencia de heridos, de modo que se recurrió a otro centro benéfico de la Diputación, el Hospicio, situado a escasos metros del Hospital, algunas de cuyas dependencias se habilitaron como salas hospitalarias.

Asimismo, se tomaron decisiones de índole económico, como el aumento en siete mil pesetas de la correspondiente partida presupuestaria que la Comisión Gestora acordó en sesión de 28 de junio de 1937 para cubrir los gastos de lavandería¹⁴, o la habilitación de crédito por importe de ciento veinticinco mil pesetas que la mencionada Comisión dispuso en sesión de 9 de agosto de 1937 “para los gastos de alimentación de heridos y enfermos militares”¹⁵. Incluso se adoptaron medidas relacionadas con la adecuación de las instalaciones a las necesidades de los hospitalizados de religión musulmana. En este sentido, el director del Hospital Militar solicitó la construcción de “una sala de abluciones para escuela koránica [sic] con destino al personal indígena marroquí”, a lo que la Comisión Provincial decidió, en sesión de 14 de junio de 1937, autorizar al gestor

visitador del Hospital Mora para que viera la forma de costear dicha sala¹⁶. Este dato, junto al de la presencia de imanes, vendría a apoyar nuestra tesis acerca de la existencia en el Mora durante estos años de un espacio acondicionado como lugar de culto para musulmanes.

La orden del general Queipo de Llano no se cumplió de manera estricta, lo que motivó que en el centro sanitario conviviesen dos administraciones, la civil y la militar, responsables del Hospital Mora Provincial y del Hospital Militar Marroquí, respectivamente. Ambas mantuvieron una relación complicada, no exenta de momentos tensos, como los vividos en agosto de 1937, cuando el director del Hospital Militar, el teniente coronel médico Alejandro Rodríguez Solís, le afeó a su homólogo del Hospital Mora, Ángel Luqué Serrallonga, que firmase sus escritos en calidad de director, pues el Mora estaba bajo la dirección del Hospital Militar y solo él podía ejercer como tal. Luqué, en su respuesta, aclaró que desempeñaba las funciones de director “en la parte referente a hospitalización civil”, aludiendo a la diferenciación establecida por la propia autoridad militar entre la zona dedicada a enfermos militares, denominada Hospital Militar Marroquí, y la destinada a enfermos civiles, sobre la que la Diputación tenía el “indiscutible derecho” a aplicar el nombre de Hospital Mora Provincial¹⁷. Al final, el presidente de la Diputación, Gabriel Matute Valls, terció en la polémica y le indicó a Luqué que, entretanto no se aclarase, todos los asuntos que implicaran a las direcciones de ambos hospitales pasasen por él.

Aparte de un conflicto de competencias, la indefinición en torno al cumplimiento de la orden de Queipo ocasionó una situación gravosa para la Diputación, que tuvo que asumir en solitario, como hemos visto, los gastos causados por el incremento de hospitalizados, si bien el Estado, en teoría, debía sufragar las estancias de los militares. Lo cierto es que el “confusionismo existente en las atribuciones que competen a las entidades Diputación Provincial y Jefatura de Sanidad” llegó a oídos del general jefe del Ejército del Sur, quien mandó que se ejecutara de forma rigurosa lo que había ordenado el 8 de mayo, “con el fin de deslindarlas y establecer la disciplina necesaria”. Queipo se lo comunicó el 19 de agosto al coronel gobernador militar accidental, Pedro Jevenois Labernade, y este, a su vez, se lo trasladó al presidente Matute dos días después, avisándole de que la entrega se efectuaría el 23 de agosto a las diez de la mañana.¹⁸

Al objeto de formalizar la incautación del Hospital Mora por el ramo de Guerra, el general gobernador militar, Luis Solans Labedán, creó una Junta para la que designó a los siguientes miembros: Juan Zaballos Sánchez (teniente coronel jefe de Estado Mayor), como presidente; Francisco Puig Izquierdo (coronel de Infantería, en representación de la Diputación), Juan Barranco Rodríguez (teniente coronel jefe de los Servicios de Intendencia), Alejandro Rodríguez Solís (teniente coronel médico jefe de los Servicios Sanitarios) y Julio del Junco Reyes (capitán jefe del Destacamento de Ingenieros de Cádiz), como vocales; Antonio García Blount (oficial primero de Intervención Militar), como interventor; y Mauricio García Benito (capitán de Intendencia administrador del Hospital), como secretario. La Junta, reunida en la fecha y a la hora señaladas, acordó que la conversión del Hospital Mora Provincial en una “clínica dependiente en la totalidad de sus servicios sanitarios y administrativos del Hospital Militar” no se llevara a efecto hasta el día 1 de septiembre, para facilitar la redacción de los inventarios pertinentes y el cierre mensual de las operaciones contables y administrativas. Asimismo, dispuso, de conformidad con el representante de la Diputación, el personal del Mora que habría de ser militarizado, tema que abordaremos más adelante.¹⁹

El presidente de la Diputación, Gabriel Matute, tuvo la oportunidad el 26 de agosto de dar cuenta de la incautación a la Comisión Gestora. Expuso que le había propuesto al Ejército la cesión de cuatro de las ocho salas del Hospital y que, en una visita al gobernador militar, tras enterarse de que se había desistido de la utilización del seminario, “le rogó que, si no era posible la resolución propuesta de dividir el edificio, lo mejor sería la cesión total del mismo”, como al final sucedió. Matute hizo hincapié en la buena disposición de la Diputación, que había ofrecido el Mora y el Hospicio para la asistencia de heridos de guerra, con trescientas sesenta camas en total, camas que, una vez entregado el Mora, se reducirían a las trescientas con las que contaba este. La Comisión no olvidó el estado en que quedaba la hospitalización de enfermos civiles después de la incautación del Mora, con una capacidad hospitalaria limitada a ciento ochenta camas ubicadas en el Hospicio, cuya labor, dicho sea, también se vería perjudicada ante la imposibilidad de acoger a los ancianos y niños que, en número de ciento diecinueve, esperaban ingresar en él. Las autoridades debían tener conocimiento de ello, lo cual no significaba que la Diputación eludiese sus responsabilidades, al contrario, ya había dado sobradas muestras de su compromiso, “pero no ha podido

tampoco, ni puede, olvidar que existe una población civil necesitada de cubrir atenciones perentorias”.²⁰

Desde el 1 de septiembre, la administración militar asumió el abono de los recibos de agua, electricidad, teléfono y gas, y de las nóminas del personal militarizado. Este personal afecto a los servicios militares estaba compuesto por ocho Hijas de la Caridad, dos porteros, una moza de cocina, una moza de fregadero, dos lavanderas, nueve sirvientes, dos religiosos musulmanes, tres “cocineros moros” y un “recadero moro”. Aunque trabajaran en el Mora, no nos consta que los dos religiosos, los tres cocineros y el recadero percibiesen sus haberes de la Diputación. Lo más probable es que fuesen asalariados del Hospital Militar, que los contrataría en consideración a los hospitalizados musulmanes.

Llegados a este punto, para terminar el presente apartado, habría que aclarar tres cuestiones. Primera, la incautación convirtió al Hospital Mora Provincial en Hospital Militar Musulmán de Cádiz, denominación que acabó siendo la oficial. Así, por lo menos, aparece en el membrete de algunos oficios, bajo el escudo del Cuerpo de Sanidad Militar. Dependía sanitaria y administrativamente del Hospital Militar. De hecho, compartieron director hasta junio de 1938, cuando el teniente médico Federico Rodríguez Rubio relevó en el cargo al teniente coronel médico Alejandro Rodríguez, que continuó con la dirección del Hospital Militar y la Jefatura de Sanidad Militar. En tanto que hospital militar, el Musulmán de Cádiz se regía en su organización y funcionamiento por el Reglamento de Hospitales Militares.²¹

Segunda, la incautación no conllevó la desaparición institucional del Hospital Mora, que siguió atendiendo a los enfermos civiles en la medida de sus posibilidades, con unos recursos muy limitados debido a la reducción de personal y a la merma de instalaciones. No había duda acerca de la situación de derecho del Hospital Mora: incautado por el ramo de Guerra. Sin embargo, a los dos meses de la incautación, la situación de hecho se caracterizaba por el uso conjunto, militar y civil, del Hospital. Como le dijo el presidente Matute al gobernador militar Solans, “por las obligaciones benéficas que pesan sobre esta corporación, debidamente apreciadas por las autoridades que intervinieron en la entrega, continúa esta Diputación utilizando locales y servicios del expresado Hospital [Mora], a los que atiende con personal no militarizado”²². Este

escenario permitió, con todas sus restricciones, que el Mora siguiera prestando asistencia hospitalaria a los enfermos civiles.

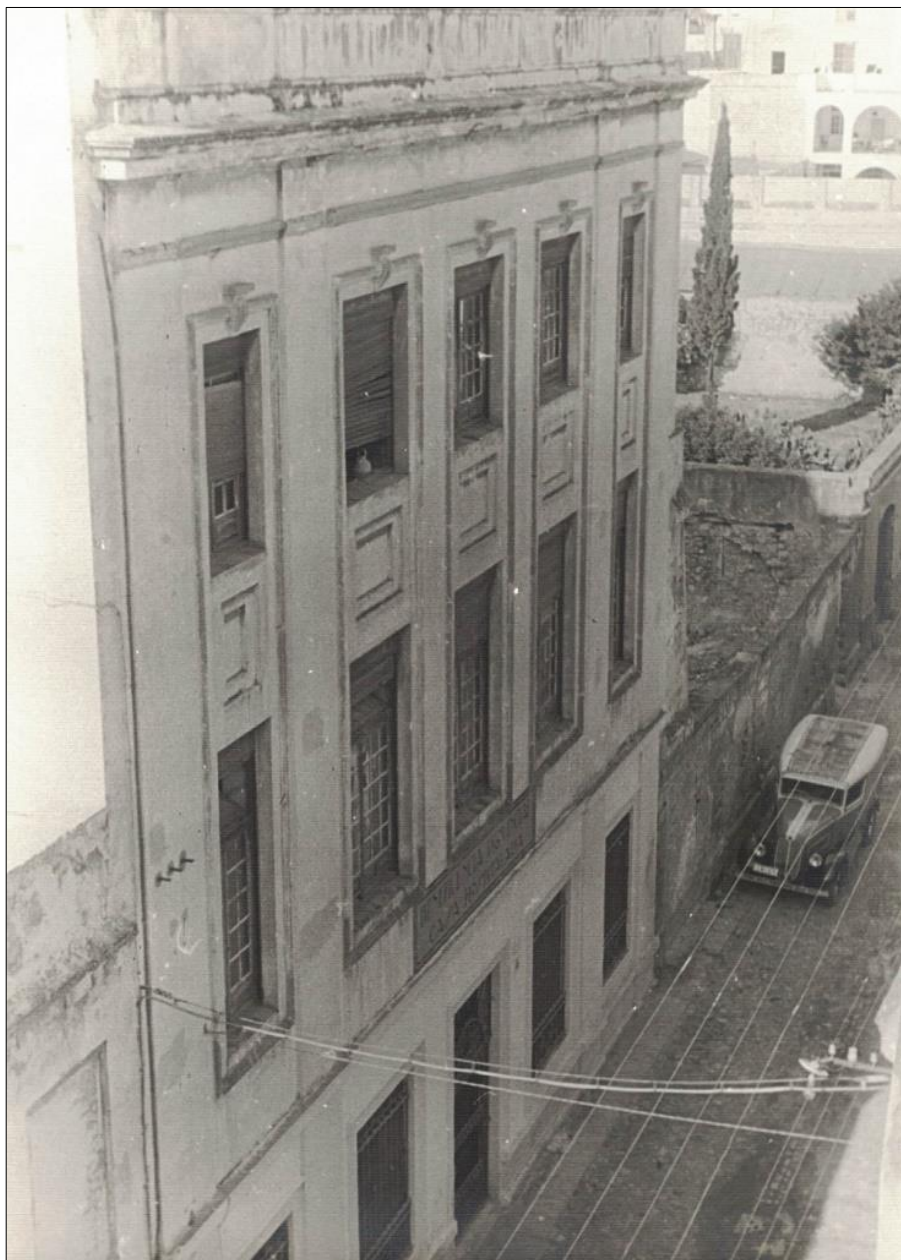


Ilustración 10. Casa Hospitalaria. Fotografía: González. Década de 1960 (Fuente: ADPCA, Colección de fotografías, c. 3069, sobre 31).

Entre esos “locales y servicios” que continuaron teniendo un uso exclusivamente civil se encontraban las salas de San Antonio y del Sagrado Corazón, con sus dos cuartos de pago, la clínica de urgencia, la farmacia y los laboratorios, mientras que el policlínico, las

salas de operaciones y el gabinete de radiología se utilizaban de manera conjunta. La Diputación pretendió en noviembre de 1937 oficializar esta situación de hecho, pero el Gobierno Militar se negó, al ver en ello un intento de alterar la afección a Guerra de tales dependencias: “No puede sufrir modificación la entrega del referido Hospital Mora, toda vez [que] este lo ha sido en su totalidad”²³.

Y tercera, la incautación propició que los heridos musulmanes fueran agrupados en el Hospital Militar Musulmán. La crónica de la visita a los hospitales gaditanos que llevó a cabo una “comisión de moros notables de Tetuán”, encabezada por el bajá Sidi Mohamed Axaax, el jueves 2 de septiembre de 1937 ya recogía que en el Mora “están concentrado [sic] todos los soldados indígenas que están en Cádiz”²⁴. En la misma línea, la noticia de un acto benéfico celebrado en dicho Hospital el domingo 17 de julio de 1938 mencionaba la conversión del Hospital Mora Provincial en “Hospital Marroquí, puesto que en él se albergan los musulmanes heridos en campaña”.²⁵

LA DEVOLUCIÓN DEL HOSPITAL MORA PROVINCIAL

La guerra había acabado y el Hospital Mora aún seguía en poder de los militares. De ahí que el 28 de junio de 1939 el presidente de la Diputación, César Pemán Pemartín, solicitara del ministro de la Gobernación, Ramón Serrano Suñer, que intercediese ante el de Defensa Nacional, el teniente general Fidel Dávila Arrondo, para su devolución. No tenía sentido prolongar la incautación en esas circunstancias. Además, la “población civil desvalida” necesitaba el “restablecimiento de la normalidad en los servicios de hospitalización de enfermos”²⁶. Tendrían que pasar algunos meses para que el Mora fuese devuelto a su legítimo propietario, si bien durante ese periodo la Diputación pudo recuperar de forma paulatina el uso de las salas del Hospital.

El 23 de julio el entonces director del Hospital Militar Musulmán, el comandante médico Nicolás Bonet Luna, le comunicó al presidente Pemán que las salas de los Milagros y de la Concepción habían sido desalojadas y que, por tanto, podía utilizarlas. Al poco, el 27 de julio, la Comisión Gestora vio este oficio y acordó dirigirse al gobernador militar para pedirle “la más pronta devolución total del edificio”. Frente al ofrecimiento de Bonet, la Comisión apostaba por una solución definitiva. De este modo, podrían acometerse de una vez las obras de reparación necesarias tras la “prolongada ocupación por la población musulmana”; se eliminarían los inconvenientes derivados de contar con salas

en el Mora y en el Hospicio; y se cumplirían con los “fines fundacionales” del Hospital, que fue donado “con la condición expresa de tenerlo constantemente dedicado a la Beneficencia Provincial, salvo el [sic] caso de fuerza mayor, como la pasada guerra”.²⁷



Ilustración 11. Vista de uno de los pabellones del Hospital Mora. (Fotografía: José Reymundo. Hacia 1932. Fuente: AHMC, Colección Fotográfica Municipal).

El 11 de agosto le correspondió al general gobernador militar, Santos Rodríguez Cerezo, participarle al presidente Pemán que podía disponer de las salas del Rosario y del Pilar, desocupadas desde el día 9. Así pues, el Hospital Militar Musulmán se quedaba con cuatro salas (San José, San Miguel, San Vicente y San Juan), que sumaban doscientas camas, y el Hospital Mora con otras tantas (Milagros, Concepción, Rosario y Pilar) más las de niños (San Antonio y Sagrado Corazón).

Pemán acusó recibo del oficio del gobernador militar Rodríguez y le expresó su contrariedad, porque que la entrega de cuatro salas no resolvía “el problema hospitalario provincial”. En efecto, las demandas de hospitalización no podían ser atendidas de un modo eficiente con unos medios tan precarios (camas insuficientes e instalaciones inadecuadas). El presidente de la Diputación le insistió en la necesidad de devolver el Mora por entero y le propuso que los doscientos enfermos musulmanes que

aún permanecían hospitalizados en él se trasladasen a otras ciudades, peninsulares o africanas, incluso a otros centros sanitarios de la capital gaditana que no cumplían “un fin social tan preminente [*sic*] como el Hospital Provincial Moreno de Mora, que reúne los caracteres de Beneficencia Provincial y Clínico de la Facultad de Medicina”. Con la devolución total del Mora no solo se enmendaría un “problema hospitalario”, sino también “administrativo”, causado por la coexistencia de dos jurisdicciones, y de “policía de establecimiento”, motivado por estancia de los servicios generales en manos militares, que hacía que, por ejemplo, la cocina de la parte civil se hubiera tenido que ubicar en los lavaderos, con las consecuentes molestias²⁸. En todo caso, el 26 de agosto se informó de la petición de Pemán al flamante general jefe de la Segunda Región Militar, el teniente general Fidel Dávila Arrondo, “estándose, por tanto, pendiente de lo que dicha superior autoridad resuelva”.²⁹

En agosto de 1939 se produjo un hecho que evidenció ciertos “problemas en la infraestructura sanitaria gaditana”³⁰. Sucedió que la autoridad sanitaria militar ordenó el día 16 el ingreso en la Casa Hospitalaria de un soldado aquejado de tifus y, para que se pudiera instalar, el inspector provincial de Sanidad mandó dar de alta a “tres meretrices afectas de venéreo” que se hallaban hospitalizadas en el Sifilicomio, sin que en ningún momento interviniera la dirección del Mora. De resultas, el Hospital se veía privado de local donde atender “hospitalizaciones de prostitutas contagiantes”³¹. Su director, Ángel Luqué, le transmitió lo acontecido al presidente de la Diputación, y este, a su vez, lo puso en conocimiento del gobernador civil, Daniel Arraiza Goñi, y del gobernador militar Rodríguez, a fin de que arbitrasen una solución que permitiera reanudar la hospitalización de enfermos infectocontagiosos. Esta no llegó hasta el 18 de septiembre, jornada en la que el director del Hospital Militar Musulmán, Nicolás Bonet, avisó al presidente Pemán de que la Casa Hospitalaria había quedado desal ojada, al igual que el pabellón de Santa Rita y la sala de San Vicente, reduciéndose a ciento cincuenta el número de camas de dicho Hospital, suficientes, en cualquier caso, para acoger a sus pacientes.

El 22 de septiembre se recibió en el Hospital Militar Musulmán la orden del jefe de Sanidad Militar, Alejandro Rodríguez, para que fuesen evacuados a los hospitales militares de Marruecos los heridos en tratamiento y transportables, y al Hospital Militar de Cádiz los pendientes de colocación de prótesis y los no transportables. La Diputación

mostró su satisfacción ante lo que suponía el paso previo y necesario a la devolución integral del Mora. La disposición venía, además, en un momento muy oportuno, al comienzo del curso universitario. Recordemos la vinculación del Hospital con la Facultad de Medicina, que le imprimía su carácter clínico.

En cumplimiento del mandato del jefe de Sanidad Militar, el Hospital Mora quedó definitivamente desocupado el 3 de octubre, con el traslado de los últimos musulmanes hospitalizados al Hospital Militar, que se efectuó después de la segunda comida. De manera provisional, el Archivo de los Hospitales Militares Musulmanes del Ejército del Sur, dotado de personal propio y afecto a la dirección del Hospital Militar, seguiría funcionando en el Mora.

Tras el desalojo de enfermos, la devolución no tardó en llegar. Tres días para ser exactos. El Hospital Mora Provincial fue devuelto a la Diputación Provincial de Cádiz el 6 de octubre de 1939 a las doce de la mañana, en un acto al que asistieron, en representación del general gobernador militar (Pedro Jevenois Labernade), Juan Camacho Ferragut (teniente coronel de Infantería), Alejandro Rodríguez Solís (teniente coronel médico jefe de Sanidad Militar), Juan Barranco Rodríguez (teniente coronel de Intendencia jefe de Propiedades Militares), Julio del Junco Reyes (comandante jefe del Destacamento de Ingenieros) y Antonio García Blount (interventor de los Servicios de Guerra); y, en representación de la Diputación, Serapio José Herrero (vicepresidente), asistido de Antonio Calderón Tejero (secretario), Manuel Cerón Bohórquez (interventor) y Ángel Luqué Serrallonga (director del Hospital Mora)³¹.

El Archivo de los Hospitales Militares Musulmanes del Ejército del Sur ocupaba tres locales en el Mora, los cuales permanecían bajo jurisdicción militar. El traslado del Archivo al Hospital Militar el 22 de abril de 1940 posibilitó la entrega de tales locales a la Diputación cinco días más tarde. De este modo, la corporación provincial recuperó la disponibilidad de todas las dependencias del Hospital Mora y, lo más importante, la completa soberanía sobre el mismo.

PERSONAL DESTINADO EN EL HOSPITAL MUSULMÁN

¿Quiénes trabajaron en este hospital para musulmanes ubicado en el Hospital Mora en Cádiz? Para responder esta pregunta aportamos algunos datos de los profesionales sanitarios que trabajaron en este Hospital Musulmán.

Entre los médicos contamos con Alejandro Rodríguez Solís, teniente coronel médico. En el Archivo de la Universidad de Cádiz encontramos su expediente³². Con respecto al comandante médico Nicolás Bonet, sabemos que tenía experiencia previa en la atención a pacientes musulmanes, ya que anteriormente a la guerra civil estuvo destinado en Melilla. Siendo *todavía capitán médico, Nicolás Bonet operó a Abdelkader de una angina de Ludwig cuando su situación era desesperada*. “Este hombre nunca olvidó este acto de la medicina española”³³. A su regreso del Norte de África, sabemos que fue una persona reconocida en Cádiz, siendo presidente del Casino Gaditano en 1935, justo un año antes del comienzo de la guerra civil. Su expediente también se conserva en el Archivo de la Universidad de Cádiz.³⁴

Otros médicos destinados en el Hospital Musulmán fueron Federico Rodríguez Rubio y Francisco García Ceballos. Del primero, Federico Rodríguez Rubio, sabemos por el BOE fechado en Burgos el 26 de diciembre de 1936 que fue asimilado a alférez médico, siendo destinado al Regimiento de Artillería Ligera n.º 3³⁵. Por Orden de 12 de febrero de 1938 se asciende, en su escala, al empleo de teniente³⁶. Ya a finales de la guerra civil fue trasladado desde el Hospital Musulmán al Batallón de Cazadores de San Fernando n.º 1.³⁷

Con respecto a Francisco García Ceballos, encontramos su orla en el Archivo de la Universidad de Cádiz (1931)³⁸. Fue asimilado a alférez médico por orden de 28 de diciembre de 1937. Por aquel entonces ya prestaba sus servicios en el “Hospital Moro, de Cádiz”³⁹. Aparece en la lista de colegiados de Cádiz y su provincia como especialista en medicina general⁴⁰. En la obra *Figuras médicas de la historia de Cádiz* se afirma que fue director del Hospital Marroquí, lo cual no es correcto⁴¹. Por su expediente, que se conserva en el Archivo de la Universidad de Cádiz, sabemos que tras finalizar la guerra civil fue ayudante de clases prácticas de Patología Quirúrgica.⁴²

Diario de Cádiz refleja en julio de 1937 la militarización de los establecimientos sanitarios de la capital gaditana, así como los destinos de varios de los médicos que sirvieron en los nosocomios gaditanos: “En las diversas clínicas prestan sus servicios como militarizados los médicos Miguel Arámburu, Enrique Alcina, Miguel Alcina y Cayetano de la Vega. En el laboratorio clínico están Luis Thomas Domenech y Carlos Germán. En el laboratorio de inmunología, Ricardo Martínez de Salazar y el alumno Manuel Díez Crespo. Del grupo sanguíneo se encarga José Luis Martínez Rovira y de la

clínica odontológica Luis Rodríguez y el doctor Zilberman. Otros doctores que prestan servicio en el Hospital Militar son Carreras, Portela, Guija, Carmena, Gilardón y Villar. En el Hospital de San Juan de Dios están los doctores Luis Solans, Enrique Díaz Martínez y Ramos Boix. En el Hospital del Carmen, Augusto Ruiz de Bustamante, Pedro Noriega y José Agudo".⁴³

Después de ocuparnos de los médicos que trabajaron en el Hospital Musulmán, no podemos olvidar la asistencia de las Hijas de la Caridad. Recordemos que esta orden religiosa llegó a España en el reinado de Carlos IV (1788-1808), concretamente en 1790⁴⁴. Francisco Herrera menciona que en 1904 José Moreno de Mora escribió una carta al presidente de la Diputación Provincial de Cádiz solicitando que las Hijas de la Caridad estuvieran a cargo de los enfermos del nosocomio gaditano que llevaría su nombre.⁴⁵

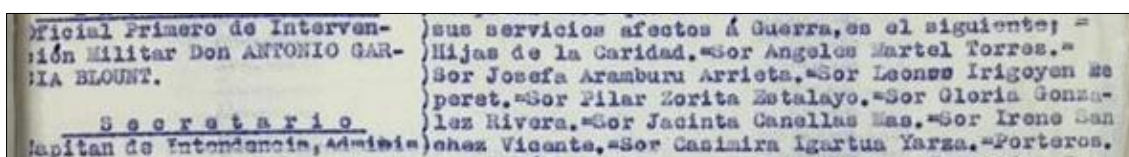


Ilustración 12. Acta de la Junta de Incautación. 23 de agosto de 1937 (Fuente: ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098).

Las Hijas de la Caridad nombradas en el siguiente documento son mencionadas por Francisco Herrera en su trabajo sobre archivos y hemerotecas: sor Ángeles Martel Torres, sor Josefa Aramburu Arrieta, sor Leonor Irigoyen Beperet, sor Pilar Zorita Estalayo, sor Gloria González Rivera, sor Jacinta Canellas Más, sor Irene Sánchez Vicente y sor Casimira Igartua Yarza.⁴⁶

Gracias a la doctora María del Mar Torres conocemos que sor Irene Sánchez Vicente fue gobernanta del Hospital Mora hasta los años ochenta, en que fue sustituida por Josefa Robles Atoche. Varios de los expedientes de estas Hijas de la Caridad se conservan en el Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz.⁴⁷

En el mismo documento aparecen citados como enfermeros las siguientes personas: Eduardo Rodríguez Luis, José Ruiz García, Antonio Rodríguez Duarte, Manuel Cintado Moreda, Francisco Romero Martín, Antonio Chacón Manzano, Sebastián Vidal Candón, Cayetano Carrasco Guerra y Francisco Luna Montesinos.

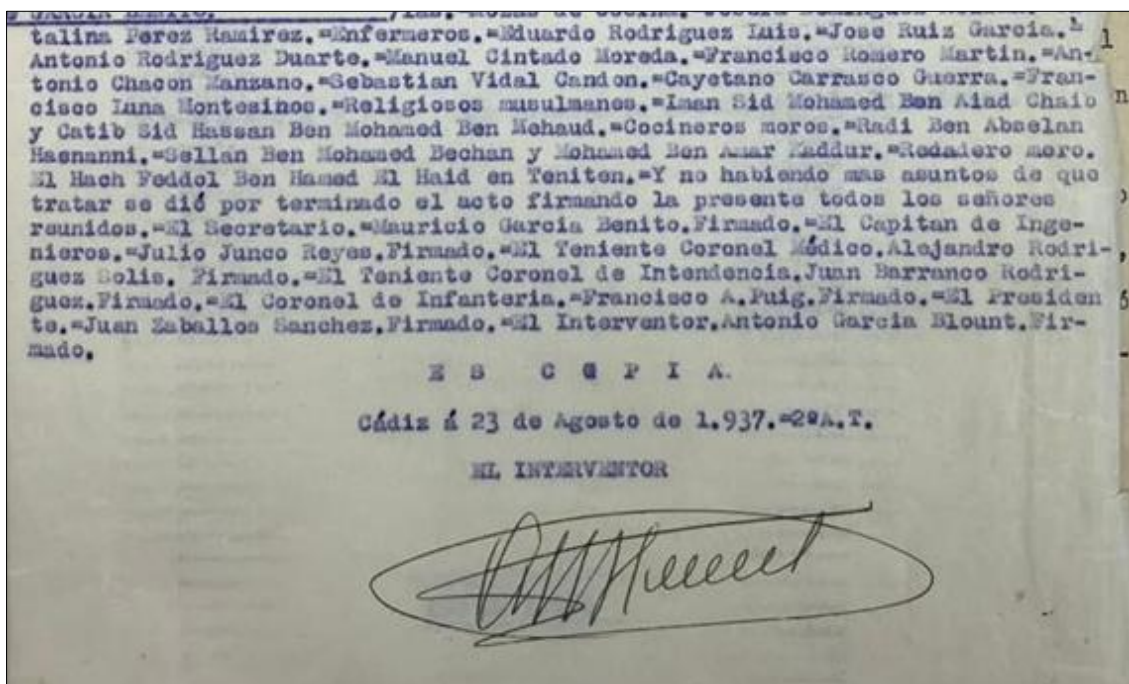


Ilustración 13. Acta de la Junta de Incautación. 23 de agosto de 1937 (Fuente: ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098).

Creemos que la documentación se equivoca y que los varones citados como enfermeros no lo son. Como ejemplo, el caso de Eduardo Rodríguez Luis, que fue un sirviente del Hospital Mora que quedó militarizado tras la incautación. En el acta de la Junta de Incautación, de 23 de agosto de 1937, equivocadamente se le menciona, junto a otros ocho sirvientes, como enfermero. Su expediente personal se conserva en el Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz. Por su fecha de nacimiento, 1 de noviembre de 1889, en El Puerto de Santa María, sabemos que tenía cuarenta y siete años cuando servía en el Hospital Musulmán. De un escrito de Eduardo Rodríguez al presidente de la Diputación, de 19 de mayo de 1953, solicitando reconocimiento de quinquenios, extraemos el siguiente texto: “Que el día 20 de agosto de 1936, y hasta el 1.º del mes de septiembre de 1937, prestó sus servicios como *serviente* en el Hospital Mora [...] y desde el primero de septiembre de 1942 como *peón de albañil*, en cuya situación continúa [...]” [las cursivas son nuestras].⁴⁸

Conocemos también nombres de enfermeras que asistieron a los musulmanes que estuvieron ingresados en el Hospital Mora: María Téllez Malagoto, sor Irene Sánchez, sor Sabina Rilova, María Josefa Reborio Martín, sor María Oyarzabal, sor Felipa Otano,

Mercedes Oliveros Orduña, María Teresa Martínez de Pinillos, sor Ángeles Martel, las hermanas Virginia y María Lizaur Lizaur, María Teresa Laporte R. Mendía, sor Clara Lavanir, Victorina Lahera de Sobrino, sor Esperanza Jambrina, sor Casimira Igartua, Ana María González Hohr, Carolina Esteban Glover, Josefina Echepeare Íñigo, sor Carmen Casa, Pilar Bernal (viuda de Barrios), sor Leonor Irigoyen, sor Josefa Aramburu, Trinidad de Anglada Medina, sor Casilda Alonso, Ventura Abarzuza Pacheco (condecoradas)⁴⁹. Varias de ellas pertenecían a ilustres familias de Cádiz. Es el caso de María Teresa Martínez de Pinillos Sobrino, nieta de Sebastián Martínez de Pinillos y Tourné, que fue alcalde de Cádiz en dos periodos (1907-1909 y 1913-1915), y sobrina del alcalde de Chiclana de la Frontera (Cádiz) Sebastián Martínez de Pinillos y Bel, mientras que por parte materna era nieta de Ramón de Sobrino Tourné. Sus prácticas como enfermera fueron realizadas durante la guerra, estando acreditadas por el teniente Alejandro Rodríguez Solís, jefe de Sanidad Militar de Cádiz y de la Clínica Militar del Hospital Mora con fecha 18 de febrero de 1937.⁵⁰

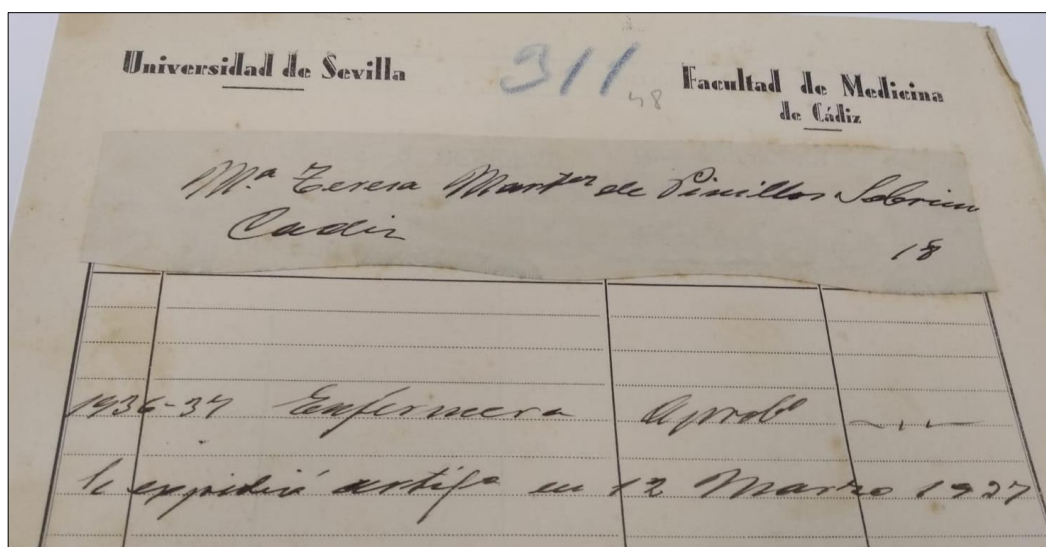


Ilustración 14. Expediente de la enfermera María Teresa Martínez de Pinillos Sobrino (Fuente: AUCA, FM3.2.1. /152//C-311 (2) FM Carpetilla 48).

De Pilar Bernal Bernal encontramos su expediente en el Archivo de la Universidad de Cádiz. Nacida en 1895, era ya viuda cuando trabajó en el Hospital Musulmán⁵¹. Varias de ellas, como es el caso de Josefa Reborio Martín, de veinticuatro años, acababan de terminar su formación en julio de 1936. Se conserva en el Archivo de la Universidad de

Cádiz el expediente de sus prácticas en el Hospital Mora, llevadas a cabo en abril, antes del inicio de la guerra civil. Josefa Reborio realizó sus prácticas de enfermera en el servicio clínico de Cirugía del Hospital Mora, según lo acreditó el 21 de abril de 1936 Enrique Alcina Quesada, director clínico del nosocomio.⁵²

Con respecto al estudio de las enfermeras en Cádiz durante la guerra civil, remitimos al estudio del doctor Francisco Herrera titulado “Enrique Alcina Quesada (1879- 1943) y su visión de la enfermera durante la Guerra Civil española”, publicado en el *Libro de Actas del Primer Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer*.⁵³

No debemos olvidar a los porteros, mozas de cocina, etc. El expediente de incautación también recoge la existencia de religiosos musulmanes que dirigían las oraciones y cocineros que preparaban menús especiales para los ingresados que profesaban dicha religión⁵⁴. Hablando de religiosos, *Diario de Cádiz* se hizo eco de la intervención del imán en la fiesta celebrada en el Hospital Mora el 26 de noviembre de 1938 con motivo de la terminación del Ramadán, en la que “contestó en calurosos términos [al delegado de Propaganda], siendo sus palabras traducidas por un intérprete musulmán”.⁵⁵

CONCLUSIONES

A través de las páginas de este artículo esperamos haber puesto de relieve esta institución hospitalaria castrense que apenas se conocía en la historiografía sanitaria gaditana: el Hospital Militar Musulmán de Cádiz.

Gracias al expediente de incautación, que se conserva en el Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz, hemos podido desvelar el contexto en que surgió, los profesionales que participaron (médicos, Hijas de la Caridad, enfermeras, sirvientes, etc.), así como la evolución entre los años 1936 y 1939.

Además de los fondos conservados en el Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz, los documentos custodiados en la Biblioteca Nacional y en el Archivo de la Universidad de Cádiz y las fuentes de hemeroteca proporcionadas por *Diario de Cádiz* nos han permitido profundizar en la historia de este nosocomio para musulmanes de la Guerra Civil española.

Como hemos podido comprobar en la documentación consultada, los soldados musulmanes convalecientes fueron atendidos tanto en lo material (alimentación, cuidados, etc.) como en lo espiritual (sala de abluciones, imanes, etc.), al igual que

ocurriera en otros nosocomios musulmanes creados en el bando nacional, constatándose en las fuentes de hemeroteca la celebración del Ramadán (رَمَضَان), mes sagrado del Islam, dentro los muros del Hospital Mora durante la guerra civil española.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ben Salem, A. Los árabes en la guerra civil española. Publicado en francés en 1989 en Outrouhat, Túnez, 1989, 60-70. Gárate Córdoba, JM^e. Las tropas de África en la Guerra Civil Española. Revista de Historia Militar, n.º 70 (1991), 9-66. Más recientemente Al Tuma, Ali. Guns, Culture and Moors: Racial Perceptions, Cultural Impact and the Moroccan Participation in the Spanish Civil War (1936-1939). Routledge, 2018.
- 2) Tarrés, S. y Salguero, Ó. Musulmanes en Andalucía. En Briones, Rafael (director). ¿Y tú (de) quién eres? Minorías religiosas en Andalucía. Barcelona: Icaria, 2010, 289-347.
- 3) Conde Mora, FG. Historia de la Real y Benemérita Institución de Caballeros Hospitalarios de San Juan Bautista (1860-2010). Cádiz, 2010.
- 4) Cernuschi, E. y Brescia, M.. Le navi ospedale italiane 1935-1945. 2010. Bargoni, Franco. La participación naval italiana en la guerra civil española (1936-1939). Madrid: Instituto de Historia y Cultura Naval, 1995.
- 5) Fernández Ruiz, EJ y Núñez Morales, NI. El Espíritu del Mora. Cádiz: Universidad de Cádiz, 2013.
- 6) Ortega, G. El Hospital de San José, de Cádiz. La Construcción Moderna (Madrid), n.º 4 (29 de febrero de 1904).
- 7) Piñero Blanca, J. Revolución y contrarrevolución: militares y republicanos en la ciudad de Cádiz durante la Guerra Civil Española, 1936-1939. Trocadero. Revista de Historia Moderna y Contemporánea (Cádiz), n.º 8-9 (1996-1997), 283-285.
- 8) ADPCA, Hospital Mora, Libros registro de ingresos y altas de enfermos, l. 3083, ff. 37v.º-38r.º
- 9) Ibidem, ff. 40v.º-41r.º
- 10) Ibidem, ff. 41.º-42r.º
- 11) Diario de Cádiz, jueves 8 de abril de 1937 (edición de la tarde).

- 12) ADPCA, Hospital Mora, Libros registro de ingresos y altas de enfermos, l. 3084, ff. 14v.^o-15r.^o
- 13) Oficio del coronel gobernador militar accidental al presidente de la Diputación (21 de agosto de 1937). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 14) ADPCA, Libros de actas de la Comisión Gestora, l. 247, f. 79v.^o
- 15) *Ibidem*, ff. 102v.^o-103r.^o
- 16) *Ibidem*, ff. 69v.^o-70r.^o
- 17) Oficio del director del Hospital Mora Provincial al presidente de la Diputación (12 de agosto de 1937). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 18) Oficio del coronel gobernador militar accidental al presidente de la Diputación (21 de agosto de 1937). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 19) Acta de la Junta de Incautación (23 de agosto de 1937). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 20) ADPCA, Libros de actas de la Comisión Gestora, l. 247, ff. 114r.^o-116r.^o
- 21) Reglamento Provisional para el Régimen y Servicios de los Hospitales Militares, aprobado por Real Decreto de 2 de octubre de 1935. *Gaceta de Madrid* n.^o 278, de 5 de octubre de 1935.
- 22) Oficio del presidente de la Diputación al gobernador militar (2 de diciembre de 1937). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 23) Oficio del coronel gobernador militar accidental al presidente de la Diputación (24 de noviembre de 1937). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 24) *Diario de Cádiz*, viernes 3 de septiembre de 1937 (edición de la mañana).
- 25) *Diario de Cádiz*, lunes 18 de julio de 1938 (edición de la tarde).
- 26) Oficio del presidente de la Diputación al ministro de la Gobernación (28 de junio de 1939). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 27) Acuerdo de la Comisión Gestora (27 de julio de 1939). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 28) Oficio del presidente de la Diputación al general gobernador militar (16 de agosto de 1939). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 29) Oficio del general gobernador militar al presidente de la Diputación (4 de septiembre de 1939). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098. El teniente general Fidel Dávila Arrondo fue cesado como ministro de Defensa Nacional por

decreto de 9 de agosto de 1939 (BOE n.º 223, de 11 de agosto de 1939) y nombrado general jefe de la Segunda Región Militar por decreto de 16 de agosto de 1939 (BOE n.º 231, de 19 de agosto de 1939).

- 30) Herrera Rodríguez, F. Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898-1945). Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 1997 (colección Cuadernos de Historia de la Ciencia, n.º 10), 102.
- 31) Oficio del director del Hospital Mora Provincial al presidente de la Diputación (17 de agosto de 1939). ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 32) AUCA/FM3.2.1./152//C-199 (2) FM Carpetilla 11: Alejandro Rodríguez Solís.
- 33) Herrero Muñoz, L. La sanidad española en Marruecos". Archivos del Instituto de Estudios Africanos (Madrid), vol. 16, 41.
- 34) AUCA/FM3.2.1./152//C-204 (6) FM Carpetilla 29: Nicolás Bonet Luna.
- 35) BOE n.º 67, de 26 de diciembre de 1936.
- 36) BOE n.º 481, de 14 de febrero de 1938.
- 37) BOE n.º 21, de 21 enero de 1939.
- 38) AUCA FM10.1./152 - Orlas universitarias - Facultad de Medicina en Cádiz (Universidad de Sevilla), PL-1-002.
- 39) BOE n.º 434, de 29 de diciembre de 1937.
- 40) Márquez Espinós, C. La Gestora del Colegio Médico Provincial de Cádiz. En Cabrera Afonso, JR y Herrera Rodríguez, F. (directores). El Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz en el siglo XX. Conmemoración de su Centenario (1901-2001). Cádiz: Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz, 2001, 174.
- 41) Gil-Olarte Márquez, F. Figuras médicas de la historia de Cádiz. Cádiz: Diputación de Cádiz, 2001, 121.
- 42) AUCA/FM2.3.7./152//C-722-5 FM Expediente de Francisco García Ceballos.
- 43) *Diario de Cádiz*, domingo 25 de julio de 1937.
- 44) Hernández Martín, F. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería". *Cultura de los cuidados*, año X, n.º 20, 2.º semestre (2006), 39-49.
- 45) Herrera Rodríguez, F. "Archivos y hemerotecas: Espacios para la investigación de la Historia de la Enfermería". *Híades: Revista de Historia de la Enfermería* (Alcalá de Guadaíra, Sevilla), n.º 10 (2008), vol. I, 86.

- 46) Ibidem, p. 92.
- 47) ADPCA, Expedientes personales de Jacinta Canellas Más, c. 8990; Casimira Igartua Yarza, c. 8990; Leonor Irigoyen Beperet, c. 8990; e Irene Sánchez Vicente, c. 8989.
- 48) ADPCA, Expedientes personales, c. 1611.
- 49) Hernández Navarro, FJ. y Prieto Barrio, A. Los distintivos y las medallas creadas para las enfermeras de los hospitales de sanidad militar y marroquíes del ejército franquista (1937-1940)". *Revista de Historia Militar*, n.º 128 (2020), pp. 239-320.
- 50) AUCA/FM3.2.1./152//C-311 (2) FM Carpetilla 48: expediente de la enfermera María Teresa Martínez de Pinillos Sobrino.
- 51) AUCA/FM3.2.1./152//C-311 (5) FM Expediente de la enfermera Pilar Bernal Bernal.
- 52) AUCA/FM3.2.1./152//C-305 (1) FM Expediente de la enfermera Josefa Reborio Martín.
- 53) Herrera Rodríguez, F. "Enrique Alcina Quesada (1879- 1943) y su visión de la enfermera durante la Guerra Civil española". En *Libro de Actas del Primer Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer*. Vol. I, Granada: Universidad de Granada, 1990, 433-441.
- 54) ADPCA, Expediente de incautación, c. 1098.
- 55) *Diario de Cádiz*, domingo 27 de noviembre de 1938 (edición de la mañana).

FUENTES

Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz (ADPCA)

- Hospital Mora, Libros registro de ingresos y altas de enfermos, libros 3083 y 3084.
- Expedientes varios, Expediente de incautación del Hospital Mora Provincial por el ramo de Guerra, c. 1098 (Expediente de incautación, c. 1098)
- Libros de actas de la Comisión Gestora, l. 247.
- Colección de fotografías, c. 3069, sobre 31.
- Expedientes personales:
 - Expediente de Josefa Domínguez Roldán (moza de cocina en 1937), c. 1604.
 - Expediente de José León Domínguez (portero en 1937), c. 1061.
 - Expediente de Eduardo Rodríguez Luis (sirviente en 1937), c. 1611.
 - Expediente de Jacinta Canellas Más (Hija de la Caridad en 1937), c. 8990.
 - Expediente de Casimira Igartua Yarza (Hija de la Caridad en 1937), c. 8990.

-Expediente de Leonor Irigoyen Beperet (Hija de la Caridad en 1937), c. 8990.

-Expediente de Irene Sánchez Vicente (Hija de la Caridad en 1937), c. 8989.

Archivo Histórico Municipal de Cádiz (AHMC)

- Colección Fotográfica Municipal.

Archivo de la Universidad de Cádiz (AUCA)

- AUCA/FM3.2.1./152//C-204 (6) FM Carpetilla 29: Nicolás Bonet Luna.
- AUCA/FM3.2.1./152//C-199 (2) FM Carpetilla 11: Alejandro Rodríguez Solís.
- AUCA/FM2.3.7./152//C-722-5 FM Expediente de Francisco García Ceballos.
- AUCA/FM3.2.1./152//C-311 (5) FM Expediente de la enfermera Pilar Bernal Bernal.
- AUCA/FM3.2.1./152//C-311 (3) FM Carpetilla 118: expediente de la enfermera Ventura Abarzuza.
- AUCA/FM3.2.1./152//C-311 (4) FM Carpetilla 156: expediente de la enfermera Trinidad de Anglada Medina.
- AUCA/EN3.2.2./151//C-577 EN Expedientes de alumnas de la Escuela Normal de Magisterio Carolina Esteban Glover (Expediente 1557).
- AUCA/FM3.2.1./152//C-311 (2) FM Carpetilla 48: expediente de la enfermera María Teresa Martínez de Pinillos Sobrino.
- AUCA/FM3.2.1./152//C-305 (1) FM Expediente de la enfermera Josefa Reborio Martín.
- AUCA FM10.1./152 - Orlas universitarias - Facultad de Medicina en Cádiz (Universidad de Sevilla), PL-1-002.

Archivo del Hospital Militar Gómez Ulla

- Expediente clínico de un marinero del torpedero Greif (Marina de Guerra alemana). Hospital Militar de Cádiz. 1937. Signatura 6006.

Biblioteca Nacional de España (BNE)

- GC-CAJA/115/17.

Diario de Cádiz

- Jueves 8 de abril de 1937 (edición de la tarde).
- Domingo 25 de julio de 1937.
- Viernes 3 de septiembre de 1937 (edición de la mañana).

- Lunes 18 de julio de 1938 (edición de la tarde).
- Domingo 27 de noviembre de 1938 (edición de la mañana).

Gaceta de Madrid

- Reglamento Provisional para el Régimen y Servicios de los Hospitales Militares, aprobado por Real Decreto de 2 de octubre de 1935. *Gaceta de Madrid* n.º 278, de 5 de octubre de 1935.

Boletín Oficial del Estado (BOE)

- N.º 67, de 26 de diciembre de 1936.
- N.º 434, de 29 de diciembre de 1937.
- N.º 470, de 3 de febrero de 1938.
- N.º 481, de 14 de febrero de 1938.
- N.º 21, de 21 enero de 1939.
- N.º 223, de 11 de agosto de 1939.
- N.º 231, de 19 de agosto de 1939.

INTELIGENCIA EMOCIONAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

EMOTIONAL INTELLIGENCE: A REVIEW OF THE SCIENTIFIC LITERATURE

Roberto García Sánchez¹, Laura Romero de los Reyes²

¹Doctor por la Universidad de La Laguna. Psicólogo. Miembro de la Sociedad Canaria de la Historia de la Medicina.

²Psicóloga.

Correo electrónico: extrgarcias@ull.edu.es

Recibido: 30/11/2020
Aceptado: 17/02/2021

Resumen

Existen diferentes modelos teóricos de inteligencia emocional (IE), lo que explica por qué se puede debatir la veracidad de la IE y cómo. Destacan algunos teóricos, como Mayer y Salovey, quienes creen que los conceptos científicos son específicos y restrictivos, y una vez que dejan de serlo se vuelven divulgaciones acientíficas. Los modelos de habilidad enfatizan la importancia del procesamiento cognitivo de la IE, mientras que otros defienden un modelo amplio de IE integrándola en todos los aspectos de la inteligencia académica que no son considerados, como control de impulsos o automotivación. Otros consideran la IE como un rasgo de personalidad necesario para adaptarse al entorno y tener una vida exitosa. Los expertos en el campo

utilizan la habilidad, rasgo o enfoque híbrido, que se consideran enfoques diferentes para el mismo tema. Esto los llevó a adoptar diferentes estructuras de IE, porque el uso de diferentes modelos llevó a resultados de investigación científica contradictorios. Los avances de la neurociencia han permitido comprobar la existencia de la IE, entendida como un conjunto de habilidades distintas a la capacidad cognitiva.

La conclusión obtenida después de realizar esta revisión es que existen diferencias entre los conceptos de los autores sobre IE.

Palabras clave: Inteligencia emocional, modelos teóricos.

Abstract

There are different theoretical models of emotional intelligence (EI), which explains why the veracity of EI can be debated and how. Some theorists stand out, such as Mayer and Salovey, who believe that scientific concepts are specific and restrictive, and once they cease to be so, they become unscientific disclosures. Skill models emphasize the importance of EI cognitive processing, while others advocate a broad EI model integrating it into all aspects of academic intelligence that are not considered, such as impulse control or self-motivation. Others consider EI as a personality trait necessary to adapt to the environment and have a successful life. Experts in the field use the skill, trait, or hybrid approach, which are considered different approaches to the same topic. This led them to adopt different EI structures, because the use of different models led to conflicting scientific research results. Advances in neuroscience have made it possible to verify the existence of EI, understood as a set of skills other than cognitive ability. The conclusion obtained after conducting this review is that there are differences between the authors' concepts of EI.

Keywords: Emotional intelligence, theoretical models.

INTRODUCCIÓN

En 1990, Salovey y Mayer, gracias a la propuesta teórica de Gardner y Sternberg, afirmaron que los modelos anteriores existentes, al hablar de inteligencia, no tomaban en cuenta los aspectos emocionales y fundamentales. Salovey y Mayer introdujeron el término EQ, refiriéndose a la "Inteligencia emocional", en un artículo que no se advirtió cuando fue publicado¹. Salovey y Mayer son considerados por muchos como los "padres" de este concepto, la inteligencia emocional, ya que la definieron como la capacidad para procesar los sentimientos y emociones de ellos mismos y de los demás, saber distinguir entre ellos y utilizar lo que aportan. Más tarde, Goleman publicó su libro "Inteligencia emocional" en 1995 y dio a conocer este concepto y su desarrollo al público mediante un lenguaje asequible y fácil de entender. Goleman define la inteligencia emocional como la capacidad de reconocer los sentimientos de una persona y de los demás, de motivarse y de controlar bien las propias emociones y las de los otros. Muchos años después, Salovey y Mayer revisaron dicha definición y añadieron lo siguiente: "la capacidad de percibir, evaluar y expresar emociones con precisión; la capacidad de adquirir y/o generar sentimientos que ayuden a pensar, comprender las emociones y el conocimiento emocional y, también, la capacidad de regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual"². Según la investigación llevada a cabo por Ibarrola, la inteligencia¹ emocional aún a varias de las preocupaciones históricas y culturales combinando razón y emoción. Además, la inteligencia emocional se propuso como una habilidad que todos son capaces de poseer y, a través de ello, ello, promover su desarrollo personal³.

En la actualidad, está muy claro que para lograr el éxito profesional no es suficiente la inteligencia, hablando de ésta en términos académicos. Según los conceptos tradicionales de inteligencia o teniendo cociente intelectual, las personas que han tenido éxito en sus carreras no son necesariamente las personas más inteligentes. Del mismo modo, las personas que han logrado cierto éxito en su vida adulta no eran necesariamente los estudiantes que sobresalían en el aula.

Según Ibarrola¹, la capacidad de comprender y controlar las emociones propias sirve añadido para ayudar a las personas a lograr relaciones satisfactorias con mayor facilidad. Por otro lado, como ya se dijo, la inteligencia no garantiza el éxito personal. En cuanto al cociente intelectual, este concepto no indica la estabilidad emocional de

una persona o la capacidad de la que dispone para hacer frente a los desafíos que trae la vida, es la unión de este concepto con el de las emociones y las habilidades personales lo que variará y garantizará el bienestar personal y social.

El término inteligencia emocional hace referencia a la capacidad de los seres humanos para comprender, percibir, cambiar y controlar el estado emocional propio y de los demás. Explicado de otra manera, no se trata de eliminar las emociones, sino de regularlas y equilibrarlas. Aunque el concepto de inteligencia emocional es el más reciente, para la opinión de la mayoría se trata de un concepto precursor del término inteligencia social del psicólogo Edward Thorndike⁴, quien lo define como "comprender y guiar a los hombres, los niños y la capacidad de actuar con sensatez". Lo que hace a una persona funcional socialmente es la capacidad que tiene de comprender, tratar y llevarse bien con quienes le rodea, esta definición es claramente la inteligencia social. Esto es lo que marca la diferencia entre quien tiene miles de amigos que están dispuestos a defenderlo o, por el contrario, no tiene a nadie en quien confiar. Además, este término está íntimamente relacionado con el éxito en ciertos ámbitos laborales, es lo que convierte a una persona en un vendedor u orador superior o en un fracaso empresarial, es decir, esta virtud se materializa en su capacidad para expresarse en público. En otras palabras, la inteligencia social forma parte de nuestra inteligencia global y permite establecer un contacto efectivo con las personas que nos rodean. Una persona con una inteligencia social altamente desarrollada es aquella que está capacitada para sentir y comprender intuitivamente los sentimientos de los que le rodean en cualquier momento, las necesidades, patrones de comportamiento y expectativas de uno mismo. Se podría afirmar que este tipo de inteligencia podría optimizar en mayor o menor medida nuestra relación con las personas, obtener el mayor beneficio de ellas, producir el menor rechazo y obtener el mejor resultado de estas.

Dentro de la inteligencia emocional destaca la teoría de las inteligencias múltiples del Dr. Howard Gardner de la Universidad de Harvard. Este autor afirmó que las personas poseen 7 tipos de inteligencia que nos conectan con el mundo. Grosso modo, estas inteligencias son: la inteligencia intrapersonal, se refiere a la comprensión de uno mismo y de todos los procesos relacionados, como la autoconfianza y la automotivación; la inteligencia interpersonal, significa la capacidad de establecer relaciones con los demás;

la inteligencia musical, está directamente relacionada con la técnica y el ritmo musicales; la inteligencia visual-espacial, capacidad para integrar elementos, percibir, ordenar elementos en el espacio y poder establecer relaciones metafóricas entre ellos; la inteligencia cinestésica, abarca todo el contenido relacionado con el deporte, incluido cuerpos, objetos y reflejos; la inteligencia lógica, está relacionada con el desarrollo del pensamiento abstracto, es precisa y está organizada a través de pautas o secuencias; y la inteligencia lingüística, es la inteligencia relacionada con nuestra capacidad lingüística, lenguaje y palabras

Para Goleman⁵, la capacidad emocional no la concibe como un talento natural, sino como una capacidad de aprendizaje que debe ser trabajada duramente para poder ser desarrollada y lograr un desempeño excelente. Este autor es uno de los que considera que las personas nacen con una inteligencia emocional integral, y que es esto lo que determina su potencial para aprender emociones. Este tipo de inteligencia (en adelante IE) no siempre ha sido ampliamente aceptada en la comunidad científica, teniendo como ejemplo el modelo de IE de Goleman, que ha sido muy criticado en la literatura de investigación como simple psicología popular, sin embargo, son muchos los que todavía consideran que la IE es un marco útil de trabajo.

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO PROCESO COGNITIVO

La inteligencia emocional la hemos definido anteriormente como la capacidad de comprender las emociones y llevarlas a cabo de una determinada manera para que puedan ser utilizadas en el proceso de dirección de los comportamientos y en los procesos de pensamiento, y así producir mejores resultados². Esta inteligencia está formada por diferentes habilidades, entre las que se encuentran, comprender las emociones y el conocimiento derivado de las mismas, percibir, juzgar y expresar con precisión las emociones, contactar o generar sentimientos para promover la comprensión de uno mismo o de los demás, y regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. Estas habilidades mentales son un papel fundamental para ayudar a las personas a comprender las emociones en la vida diaria.

-Características de las capacidades de la IE:

La inteligencia emocional puede ser cuantificada, considerándose así una forma más de inteligencia. Es uno de los aspectos medibles de la capacidad que tiene un individuo para

realizar un razonamiento abstracto y adaptarse al entorno, mostrándose esta capacidad cuando se trabaje con información emocional. Es posible entender el concepto de IE si se toma como ejemplo un modelo con cuatro habilidades o factores relacionados:

1) La capacidad para percibir las relaciones de forma precisa:

reconocimiento de las habilidades involucradas en reconocer las voces, imágenes, emociones en las caras de los demás, sonidos y otros estímulos. Esta habilidad es la más importante, aunque, como demostró Pollak en el año 2000 mediante un experimento con un grupo de niños que habían sido abusados y otro grupo de niños que no lo habían sido, esta capacidad varía de persona a persona. El primero de los grupos consideró que las fotos de expresiones faciales de diferentes personas eran más tristes y que cuando se les presentaba expresiones de enfado, la actividad cerebral de este grupo era más intensa comparada con el grupo de niños no maltratados.

2) La capacidad de aplicar las emociones para facilitar el pensamiento y el razonamiento:

esta capacidad está relacionada con usar información emocional para promover otros procesos cognitivos. Las personas con una mayor inteligencia emocional podrían ser más activas, ya que usan las emociones positivas más eficientemente, por ejemplo, una persona feliz puede ayudar a otras personas a encontrar soluciones más creativas a los problemas.

3) La capacidad para comprender las relaciones, especialmente el lenguaje de las emociones:

esto se denomina inteligencia estratégica y hace referencia a la capacidad que tienen las personas de comprender la relación entre las emociones relacionadas, la transición de una a otra y conocerlas y denominarlas. Aquellos que comprenden mejor su estado emocional pueden utilizar más estrategias para controlar sus emociones, por ejemplo, se puede distinguir emociones similares, como alegría y orgullo, por lo tanto, la capacidad de distinguir el estado emocional de una persona tiene un impacto en la felicidad.

4) La capacidad para controlar las propias emociones y las de los demás:

Este es el factor asociado con mayor frecuencia a la inteligencia emocional. Cuando es necesario, la IE juega un papel importante en el mantenimiento y control de las emociones negativas. Gross estudió esto y lo pudo corroborar en

un experimento en el que algunas personas debían tratar de eliminar los sentimientos negativos generados por los videos que estaban observando, mientras que otras no.

Hay personas que tratan de controlar sus estados emocionales negativos, lo que supone un sobreesfuerzo tanto físico como mental, incluso puede llegar a suponer un gran problema. Sin embargo, al monitorear y evaluar sus emociones, pueden desarrollar estrategias útiles. Sería propio decir que este tipo de inteligencia se caracteriza por la capacidad de motivarse, controlar los impulsos, retrasar la satisfacción perseverar ante posibles contratiempos, regular las propias emociones y evitar esta emoción. El sufrimiento interfiere en nuestra capacidad para enfatizar y confiar en los otros, y en nuestros talentos racionales. Dominar estas habilidades es una de las explicaciones de por qué la vida de algunas personas florece, mientras que otras no tienen el mismo éxito, aún con niveles de conocimiento similares.

Las teorías cognitivas entienden las emociones como respuestas a la cognición o cuestiones que dependen de la cognición de manera lógica o relacionada⁶. En el proceso entre la percepción del estímulo y la respuesta emocional, la teoría cognitiva de la emoción describe una serie de procesos cognitivos de evaluación, interpretación, marcado, afrontamiento, metas, control perceptual, expectativas.

Las teorías o contribuciones más relevantes en cuanto a investigación emocional se describen a continuación.

a) Teoría de Schachter y Singer

Estos autores realizaron un experimento basado en la investigación endocrinológica de Gregorio Marañón y extrajeron una teoría de dos factores de sus conclusiones. Para Schachter y Singer⁷, la emoción es el resultado de la activación fisiológica (estímulo) y su atribución cognitiva. La explicación de la activación fisiológica determina las emociones, y la intensidad de las emociones estará determinada principalmente por el grado de activación fisiológica. Posteriormente se llevó a cabo el trabajo de Schachter y Singer, pero sus aportes tuvieron una gran influencia en la percepción de que la cognición puede distinguir las respuestas emocionales³.

b) Teoría de la valoración automática de Arnold

Para el autor, la secuencia emocional está representada por percepción,

valoración o valoración, experiencia subjetiva y acción. Según Arnold⁸, las personas evalúan o interpretan constantemente el entorno en función de los estímulos captados por los sentidos. Cuando se detecta un estímulo, automáticamente evaluará su impacto en la supervivencia o la felicidad. El proceso de evaluación es inherente a todos los seres humanos. La valoración de los estímulos recibidos puede ser positiva o negativa, pero las emociones se generan en cualquier situación, por lo que dependiendo de la valoración de los factores ambientales (información, experiencia, hechos, etc.), pueden ser positivas o negativas. Como pionero, puede resaltar la figura de Arnold y entenderlo como el antecesor de los métodos cognitivos, que se propondrán en la mayoría de las teorías cognitivas posteriores.

c) Teoría de la valoración cognitiva de Lazarus

Siguiendo el método de Arnold, Lazarus⁹ propuso en su teoría dos procesos de evaluación de los estímulos perceptivos: la evaluación inicial o automática defendida por Arnold⁸ puede activar respuestas emocionales. En este caso, considerando las posibles consecuencias del estímulo, el resultado es que, en esta primera valoración automática, la situación se puede clasificar de tres formas: irrelevante, positiva y estresante. Las situaciones que carecen de cierto estímulo de relevancia no involucran a las personas, pero las situaciones que se consideran positivas tienen un efecto positivo en la felicidad. Por el contrario, aquellos que se consideran estresados o negativos son considerados destrucción, amenaza, riesgo o pérdida, y se ponen en práctica adoptando estrategias de afrontamiento, como la evasión o la evitación. El segundo nivel o evaluación cognitiva es el equilibrio entre la capacidad del individuo para lidiar con problemas a través de procesos cognitivos. Cuando la evaluación cognitiva es positiva, la persona siente control sobre el estímulo, por lo que la intensidad de la respuesta emocional es baja. Por otro lado, cuando la evaluación cognitiva resulta negativa, la persona siente una sensación de pérdida de control o incertidumbre. Entonces la respuesta fisiológica es mayor. Es importante enfatizar cuántas diferencias individuales se deben a la comprensión de un individuo de su situación (subjetiva). Los métodos de procesamiento de emociones y evaluación de estímulos son producto de la

interacción entre la personalidad y el entorno³. Esta relación entre personalidad y entorno interactivo es lo que Lazarus llama el significado de relación.

Según la investigación de Lazarus⁹, la intensidad de la emoción está directamente relacionada con el nivel de amenaza de la evaluación inicial, y es inversamente proporcional a la capacidad de afrontamiento determinada por la cognición o la segunda evaluación. Ambas evaluaciones se completaron en un corto período de tiempo, por lo que se estableció una relación compleja entre ellas. Lazarus⁹ también enfatizó la importancia de la tecnología de afrontamiento y definió la tecnología de afrontamiento como un proceso de búsqueda dinámica para resolver los desafíos de la vida, es decir, los desafíos diarios y futuros. En palabras del propio Lazarus⁹, son "esfuerzos cognitivos y conductuales en evolución diseñados para hacer frente a necesidades específicas externas y/o internas, que se evalúan como un exceso o desbordamiento de los recursos del sujeto".

d) Teoría de Frijda de la predisposición a la acción

Partiendo del enfoque funcionalista, Frijda¹⁰ propuso el concepto de tendencia a la conducta y definió que estaba basado en la función motivacional de la emoción. Por ejemplo, cuando se experimenta una emoción, se tenderá a responder (atacar, huir, llorar, gritar, etc.) según el tipo de emoción experimentada. La introducción del concepto de motivación y cognición en las emociones es el aporte de esta teoría al campo de las emociones³.

La motivación emocional tiende a movilizar los recursos (acciones), como el miedo, que conduce a comportamientos protectores. La existencia de patrones de respuesta general a estímulos específicos con características universales ha sido demostrada.

Frijda¹⁰ propuso una serie de leyes emocionales:

- Ley de la simetría hedónica o ley de la adaptación asimétrica al placer y al dolor: el placer depende del cambio y desaparece con la satisfacción continua. Sin embargo, si persisten las condiciones adversas, el dolor puede persistir. Según esta ley, las emociones negativas son más persistentes que las positivas.
- Ley del interés o de la preocupación: las emociones son reacciones a eventos que son importantes para las metas, motivaciones o atención de las personas.

- La ley de la realidad aparente: las emociones son causadas por hechos que se interpretan como reales y su intensidad corresponde al grado de ocurrencia real. Las cosas que se consideran reales producen emoción y las cosas que se consideran irreales no producen emoción. Esta ley explica la debilidad de la razón y el poder de las emociones: el conocimiento es más importante que la percepción, pero la percepción y el sentimiento son más fuertes que la comprensión.
- La ley del significado situacional: la aparición de emociones es una respuesta a algunos eventos personales importantes. La ley dice que, si se toma "entrada" como un significado específico, se obtendrá "salida" con cierta emoción.
- Ley del cambio, de la habituación y de la comparación: las personas se adaptan a diversas situaciones de la vida, por tanto, las emociones reaccionan más rápidamente a los cambios. Esto significa que los individuos siempre compararán lo que sucede en un marco de referencia relativamente estable (hábitos personales). Como resultado, las emociones tienden a reaccionar más rápidamente a los cambios relacionados con ese marco de referencia.
- Ley del cuidado por las consecuencias: todo impulso emocional producirá una segunda respuesta emocional, que muchas veces se modifica ante sus posibles consecuencias. Esto muestra lo que sucede generalmente cuando se controla la pasión y la ira. El control de Frijda también es una emoción, este control no es voluntario, así como las personas no pueden producir voluntariamente timidez o ansiedad. Si este control involuntario de las emociones es una respuesta emocional, entonces puede decirse que se aplican las mismas leyes sobre las emociones que se han relatado.
- Ley de la conservación del momento emocional: Los eventos emocionales mantendrán la capacidad de generar emociones de manera indefinida, a menos que la persona las contrarreste mediante las exposiciones repetidas para extinguirlas o adaptarlas lo más posible.
- Ley de cierre o clausura: desdeña la relatividad de la influencia y otros objetivos no relacionados. A menudo son absolutos y pueden controlar el comportamiento humano. Las emociones controlan las acciones y la atención

individuales. Para Frijda, esta característica es la base fundamental de las emociones, es decir, su carácter involuntario y urgente.

- Ley de la carga más ligera y de la mayor ganancia: el impacto emocional de un evento o situación depende de su interpretación. Poner un enfoque diferente en una situación puede cambiar las emociones. La ley de la carga más ligera significa que las personas están particularmente motivadas para utilizar la reinterpretación para reducir las emociones negativas. Asimismo, siempre que una situación pueda interpretarse como una ganancia emocional positiva, será así.

e) Teoría procesual de Scherer

El método de Scherer¹¹ sirve de complemento a las emociones antes mencionadas. Teniendo en cuenta que se componen de cinco componentes desarrollados en un solo proceso y cada componente tiene su propia función que lo caracteriza, Bisquerra sintetizó los componentes del método Scherer de las siguientes formas: procesamiento cognitivo de estímulos cuya función es la evaluación del contexto; procesos neurofisiológicos cuya función es la regulación del sistema; tendencias motivacionales y conductuales cuya función es la preparación para la acción; expresión motora cuya función es la comunicación de intenciones; estado afectivo subjetivo cuya función es la reflexión y registro; y que estos cinco componentes expanden los tres cánones (cognición, fisiología y comportamiento).

Scherer insistió en que la subjetividad está presente en todo el proceso de evaluación de las situaciones que dan lugar a estímulos, por lo que se pueden dar numerosas respuestas diferentes en diferentes personas ante un mismo evento.

f) Teoría atribucional de Weiner

Una de las características que se utiliza como lenguaje interno es la atribución¹². Dichas atribuciones o declaraciones afectan a las emociones, pensamientos, motivación, comportamiento y autoestima³. El autor de esta teoría, Weiner, cree que el proceso emocional se trata de un fenómeno posterior a la distribución. La manera en que las personas atribuyen la evaluación de las emociones a las relaciones causales produce una serie de estímulos (eventos) que tendrán un alto impacto en la activación de las emociones.

Weiner¹² describió tres dimensiones de causalidad:

- La ubicación de la causa: interna (factores personales) o externa (factores ambientales).
- Capacidad de control: hay razones por las que las personas creen que pueden controlar sus estados emocionales, mientras que otras creen que no pueden.
- Estabilidad: la causa puede ser estable (permanente en el tiempo) o inestable (cambiante o temporal).

El estilo de atribución es una forma personal de hacer la atribución o declaración causal de una persona. Se distinguen cuatro tipos de estilos atribucionales, siendo externalista, el éxito y el fracaso se atribuyen a motivos externos (entorno, otros...); internalista, el éxito y el fracaso se atribuyen a razones internas de las personas (capacidad, esfuerzo, dedicación ...); egoísta, el éxito se debe a razones internas y el fracaso se debe a razones externas; y depresivo, el éxito se debe a razones externas, el fracaso se debe a razones internas. Las afirmaciones causales determinan las respuestas emocionales, y dichas reacciones emocionales van a tener influencia sobre la motivación y las expectativas de éxito y, por tanto, en el comportamiento³.

g) Teoría de los primes de Buck

Buck¹³ propuso una teoría integral de motivación, emoción y cognición. Este autor propone que los primes son el sistema básico de motivación-emoción utilizado para explicar los aspectos motivacionales y emocionales del comportamiento humano y animal. La fuerza interior de los primes es la que correspondería a la motivación y la manifestación de esta fuerza interior es la emoción.

Según Buck¹³, las emociones podrían ser expresadas en tres niveles:

- Emoción I o elemental: involucra las emociones básicas de regulación y funciones homeostáticas (oxígeno, agua, regulación de temperatura, etc.). Los sistemas inmunológico, autónomo y endocrino son los que están involucrados en este nivel.
- Emoción II o coordinación y comunicación que involucran expresiones externas (principalmente expresiones faciales).
- Emoción III o superior, lo que significa una comprensión completa de los

primes (experiencia subjetiva de la emoción). Bisquerra³ señaló que la teoría de Buck está compuesta de aspectos complejos y valiosos, ya que, para Buck, las emociones son anteriores a la cognición y que para tener emociones no es necesaria una evaluación previa. Este proceso contradice las teorías representadas por Arnold⁸ y Lazarus⁹, entre otros autores.

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Dado que el término Inteligencia Emocional fue introducido y ampliado en nuestro vocabulario desde hace mucho tiempo, se han producido numerosos libros y artículos relacionados con el conocimiento de este término en el campo de la inteligencia. El concepto de inteligencia se entiende como la capacidad de una persona para gestionar, comprender y gestionar las emociones de sí misma y de los demás para lograr resultados positivos¹⁴.

Si se aplica la IE, se convierte en una verdadera revolución¹⁴, ya que ésta se puede ser mejorada con facilidad a lo largo de la vida de una persona y es positiva para lograr el éxito o excelencia en los diferentes ámbitos de la vida, logrando así la felicidad personal. Desde que Mayer y Salovey², en 1990, utilizaron el término inteligencia emocional, Goleman ha transmitido este punto de vista mediante su libro "Inteligencia emocional", dando lugar a numerosas publicaciones sobre este tema. Esto, ha puesto los resultados de la investigación en un contexto bien conocido sobre aspectos clínicos, organizativos y educativos. La IE ha tenido un gran impacto en numerosos ámbitos, destacándose la educación, los deportes, el comportamiento, la creatividad, la prevención de la adicción o la empleabilidad. Fridja¹⁰ opina que uno de los motivos del elogio o agrado del público en general es que la IE se describe como una variable predictora del éxito individual, social y/o profesional que puede ser aprendida y mejorada como resultado.

Fernández-Berrocal y Ramos Orozco¹⁵ apuntaron que su éxito fue debido a varios motivos, entre los que destacan la sobreestimación del concepto de cociente intelectual (CI) y al abuso de sus herramientas de evaluación y a que las personas con un CI elevado no poseían determinadas habilidades sociales, lo que producía insatisfacción en las relaciones interpersonales. En el análisis de Wayne Payne fue el lugar donde se produjo el primer uso de la palabra en inglés, en su trabajo titulado "Emotional Research: Development of Emotional Intelligence" en 1985¹⁶, donde se analiza la relación entre las

emociones infantiles y la IE¹⁵. Tras este breve recorrido por los orígenes de IE que nos sitúa en el presente, se analizará los diferentes métodos e investigaciones de la estructura de la inteligencia emocional.

ESTRUCTURA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Para comenzar, se podría decir que las emociones forman una especie de dispositivo de alerta, ya que cuando se presente un peligro o se requiera resolver una situación de emergencia, las emociones tomarán lugar dentro de las personas. En dicho caso, las emociones actuando como sistema de defensa, pueden llegar a controlar y decidir acciones impulsivas y estas decisiones tendrán o no tendrán razón. Comparando la emoción con otros aspectos de la psicología humana, se observa que ésta apenas ha sido modificada en el transcurso de miles de años, por lo que da lugar a pensar que la emoción aparecerá actualmente de una manera similar a la de nuestros antepasados más lejanos.

Algunas de las teorías más modernas que hablan de los dos componentes de las emociones, siendo los componentes físico y cognitivo. La emoción se entiende como una respuesta fisiológica, y también como una actividad cognitiva, etiquetada como un cierto tipo y que contiene una comprensión adecuada del entorno. Las emociones son la base fundamental de las personas, ya que los seres humanos estamos continuamente experimentando emociones y continuamos, rara vez, reflexionando sobre lo que son y en cómo nos afectan al pensamiento y al comportamiento, y viceversa. Según Bisquerra³: “La emoción es un estado complejo del cuerpo, caracterizado por la excitación o la interferencia y fácil de tener reacciones organizadas. Las emociones suelen generarse en respuesta a eventos externos o internos”.

Para Mora y Sanguinetti¹⁷, la emoción consiste en una respuesta conductual subjetiva generada por la información del mundo externo o interno del individuo. Las emociones se ven activas mediante situaciones estimulantes actuales o pasadas, reales o ficticias, internas o externas, siendo la percepción de esta situación puede ser consciente o inconsciente. Teniendo en cuenta que estas características están presentes en las emociones, llevar a cabo su conceptualización, análisis e intervención es realmente un verdadero desafío. Cuando una persona siente un estímulo consciente o inconscientemente, se activa la respuesta emocional³, siendo la respuesta emocional

tridimensional. Las tres dimensiones que la forman son: la cognitiva, es la experiencia emocional subjetiva de lo sucedido que puede hacerte consciente de las emociones y etiquetarlas (según el dominio del lenguaje). Por tanto, la importancia de la educación emocional se centra en comprender las emociones propias y sus nombres. Bisquerra³ afirmó que esta dimensión sería coherente con lo que se denomina sentimiento; la dimensión neurofisiológica la definiríamos como una serie de reacciones involuntarias, como aumento de la sudoración, sequedad de boca o taquicardia. Estos cambios han iniciado diferentes estrategias para responder a la situación; la dimensión conductual consiste en las manifestaciones externas de las emociones, que brindan a la demás información sobre lo que nos está sucediendo. Esta es la dimensión que proporciona información sobre cómo se sienten las personas ya que se analiza aquello que es observable.

Entre las tres dimensiones de la emoción, la dimensión conductual es la más fácilmente ocultable debido a que se puede practicar y entrenar. Por el contrario, aunque es posible, el control neurofisiológico es mucho más difícil de controlar. Diferentes estudios han confirmado que las tres dimensiones de la respuesta emocional interactúan a través de relaciones bidireccionales para producir respuestas emocionales complejas, pero no siempre funcionan simultáneamente¹. Se puede llegar a producir “desincronización”, ya que estos componentes son parcialmente independientes. Esta pérdida de sincronización de Lacey hace que sea difícil encontrar la correlación entre los patrones de respuesta fisiológico-cognitivo-conductual que distinguen cada emoción. La combinación de las tres dimensiones de la respuesta emocional: fisiología, cognición y comportamiento hace que la emoción sea difícil de definir.

Por último, no podemos olvidar comentar que las emociones juegan un papel importante en la información personal que proporcionan. Socialmente, nos permiten comunicar nuestros propios sentimientos a los demás, lo que favorece un proceso de interferencia en su comportamiento. La emoción también tiene una gran importancia en el proceso de toma de decisiones, y otros procesos cognitivos como la percepción, memoria, razonamiento, atención y creatividad, todos estos involucrados activamente en el proceso de aprendizaje.

Las emociones son inevitables dado que siempre están presentes, por lo que ser capaces de reconocerlas y llevar a cabo una educación emocional es fundamental y de gran importancia para crecer y avanzar hacia una vida personal y profesional plena.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ibarrola B. Aprendizaje emocionante: neurociencia para el aula. Madrid: SM; 2016.
- 2) Mayer J, Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*. 1993; 17(4): 443-442.
- 3) Bisquerra R. Psicopedagogía de las emociones. Madrid: Síntesis; 2009.
- 4) Thorndike E. Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*. 1920; 140: 227-235.
- 5) Goleman D. Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ. New York: Batam Books; 1995.
- 6) Sosa M. Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE): validación de la Escala de Inteligencia Emocional Autoinformada. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2008.
- 7) Schachter S, Singer J. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*. 1962; 69: 379-399.
- 8) Arnold MB. Emotion and personality. New York: Columbia University Press; 1960.
- 9) Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
- 10) Frijda NH. The laws of emotion. *American Psychologist*. 1988; 43: 349- 358.
- 11) Scherer K. Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition and Emotion*. 1993; 7:325-355.
- 12) *Weiner B. Atribución, emoción y acción*. En RM Sorrentino & ET Higgins (Eds.), *Manual de motivación y cognición: Fundamentos del comportamiento social*. 1986; 3(20-21):281-312
- 13) Buck R. Motivation, emotion and cognition: A developmental interactionist view, En K. T. Strongman (ed.), *International review of studies on emotion*. 1991: 101-142
- 14) Acosta DA. Habilidades, competencias y experticias: Más allá del saber qué y el saber cómo. Bogotá: Corporación Universitaria Unitec; 2013.
- 15) Extremera N, Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional y educación. Madrid: Acción Gestión Social; 2015.

- 16) Wayne P. Emotional Research: Development of Emotional Intelligence.
Ann Arbor MI: UMI; 1985.
- 17) Mora F, Sanguinetti AM. Diccionario de neurociencia. España: Alianza; 2014.

EVOLUCIÓN DE 'ATS A GRADUADO' EN ENFERMERÍA

EVOLUTION FROM 'ATS TO GRADUATE' IN NURSING

María Concepción Pérez Pérez¹, Aitor Ledesma Alonso¹

¹Enfermeros del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Correo electrónico: karatek35@hotmail.com

Recibido: 04/01/2021

Aceptado: 14/03/2021

Resumen

La profesión enfermera en España pasó por diversas etapas y sufrió varios cambios en los últimos años. En la Guerra Civil y posterior dictadura la Enfermería padeció un periodo de estancamiento. Para los practicantes y, especialmente las enfermeras, que trabajaban en esa época su principal función era auxiliar al médico.

En 1953 se creó el título de Ayudante de Técnico Sanitario (ATS), unificando las profesiones de matrona, practicante y enfermera. Durante este periodo la profesión evolucionó, aunque los cambios fueron más teóricos que prácticos.

En 1977 se incluyen los estudios en la Universidad sustituyéndose la figura del ATS por la del Diplomado Universitario en Enfermería, este avance logró que la Enfermera fuera capaz de realizar unas actividades propias de las que fuera responsable, dejando de ser un recurso del médico a ser una profesión esencial en la atención a la comunidad.

En el presente trabajo se hace un resumen de lo supuso la figura del ATS para la enfermería española y de su conversión a la actual figura del Graduado en Enfermería.

Palabras clave: Historia, Enfermería, ATS, España

Abstract

The nursing profession in Spain went through several stages and underwent several changes in recent years. During the Civil War and subsequent dictatorship, nursing suffered a period of stagnation. For the practitioners and, especially the nurses, who worked at that time, their main function was to assist the doctor.

In 1953 the title of Health Technical Assistant (ATS) was created, unifying the professions of midwife, practitioner and nurse. During this period the profession evolved, although the changes were more theoretical than practical.

In 1977, studies were included in the University, replacing the figure of the ATS with that of the University Diploma in Nursing. This advance meant that the nurse was able to carry out her own activities for which she was responsible, going from being a resource of the doctor to being an essential profession in the care of the community.

This paper summarizes what the figure of the ATS meant for Spanish nursing and its conversion to the current figure of the Graduate in Nursing.

Keywords: History, Nursing, ATS, Spain.

El 4 de diciembre de 1953 se publicó un Decreto en el que se unificó las profesiones de Enfermera, Practicante y Matrona en una única enseñanza llamada Ayudante Técnico Sanitario. Los estudios se organizaban dependiendo de las facultades de medicina y lo consideraban como grado medio por orden de 24 mayo de 1963. Asignaturas como la Religión o la Moral Profesional tenían un peso importante en el plan de estudio porque formaban parte de los valores de la profesión.¹

Miró² señala que las enfermeras tenían un papel intermediario entre el paciente, y el médico informando de las necesidades, preocupaciones y deseos tanto de la familia como del propio paciente. Siempre se debía obedecer al médico, al ser una figura comparada con la representación de Dios, y se le obedecía ciegamente. Todos estos rasgos eran inculcados en la formación de las enfermeras en la línea de los valores católicos y nacionalistas, que eran los pilares de la dictadura. Así, se aseguraban que las nuevas profesionales no adquirieran nuevos conocimientos y mucho menos incrementar su autonomía.²



Ilustración 1. Primera promoción de ATS Femeninas de San Sebastián. Imagen extraída de enfermería avanza: <http://enfeps.blogspot.com/>

El nivel de estudios se elevó al Bachillerato elemental y se estructuró en tres años. Los estudios de ATS femenino se cursarán obligatoriamente en régimen internado, sin

embargo, para los masculinos no será necesario. De todas maneras, la función enfermera quedaba subordinada bajo las directrices médicas, como se incluía en el nombre de la profesión: ayudante.^{1,8}

PLAN DE ESTUDIOS DE ATS DE 1955 (ORDEN 4 DE JULIO DE 1955)^{1,3}

	PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO	TERCER CURSO
ENSEÑANZA TEÓRICA	Religión: 30 horas Moral profesional: 30 horas Educación física: 6 horas/semana Formación política: 1 hora/semana Biología general e Histología humana: 10 horas Higiene general: 10 horas Nociones de patología general: 30 horas	Religión: 30 horas Moral profesional: 30 horas Educación física: 6 horas/semana Formación política: 1 hora/semana Patología médica: 30h Patología quirúrgica: 60 horas Historia de la profesión: 10 horas Elementos de Psicología general: 20 horas	Religión: 30 horas Moral profesional: 30 horas Educación física: 6 horas/semana Formación política: 1 hora/semana Lecciones teórico – prácticas de especialidades quirúrgicas: 30 horas Medicina y cirugía de urgencias: 30 horas Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles: 10 horas Obstetricia y ginecología: 20 horas Puericultura e higiene de la infancia: 15 horas Medicina social: 10 horas Psicología diferencial asociada: 10 horas
ENSEÑANZA PRÁCTICA	Técnica de cuidados de los enfermeros y conocimiento del material de laboratorio: 4 horas/día mínimo	Prácticas en clínicas médicas, quirúrgicas y laboratorio: 6 horas/día	Prácticas clínicas hospitalarias correspondientes a todas las enseñanzas del curso: 6 horas/día

La Orden de 4 de agosto de 1953 presentó un plan de estudio que posteriormente fue modificado en la Orden del 4 de julio de 1955. Los requisitos para ingresar en las escuelas de ATS eran tener cumplidos diecisiete años dentro del año natural en que solicite el ingreso y aprobado el Bachillerato elemental, poseer las condiciones físicas y de salud necesaria, ser presentado por dos personas de reconocida solvencia moral, escribir una carta de puño y letra razonando por qué desea seguir los estudios de ATS y

aprobar un examen de ingreso. Además, durante el primer trimestre del primer curso se establecía el período preliminar de prueba en el cual se otorga a la potestad a la Escuela para seleccionar a los alumnos matriculados y sólo permitirán continuar sus estudios a aquellos que hayan demostrado poseer condiciones físicas, morales e intelectuales y vocacionales suficientes para el ejercicio de la profesión. Estos estudios seguían teniendo una orientación al servicio de la medicina que enfatizaba la relación de las tareas derivadas de las funciones médicas centrándose en la enfermedad y en la técnica. En las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario masculinos se cursarán nociones de autopsia médico – legal y en las escuelas femeninas se impartiría una hora semanal de la Enseñanza del Hogar.¹⁻³

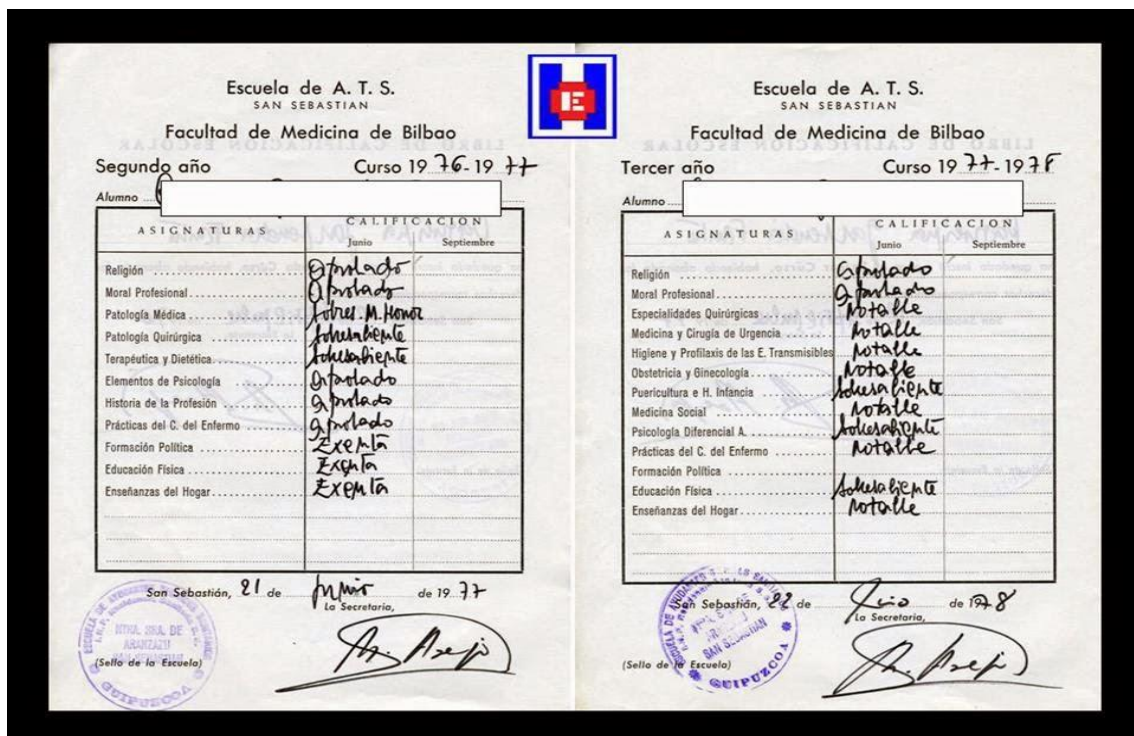


Ilustración 2. Notas de 2º y 3º de ATS San Sebastián femenino (Imagen extraída de enfermería avanza: <http://enfeps.blogspot.com/>)

Según el Decreto 2319/1960 del 17 de noviembre las funciones a desarrollar por la Enfermería y los ATS fueron las siguientes: ⁹

- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
- Auxiliar al personal médico en intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.

- Practicar curas a operados.
- Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien deberían llamar obligatoriamente.
- Asistir a partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.
- Los practicantes tendrán las mismas funciones que los ATS.
- Las matronas están autorizadas para asistir a partos y puerperios normales.
- Las enfermeras tendrán la misma función que los ATS, excepto la asistencia a partos.
- Se definen las funciones del auxiliar de clínica tales como: aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos, excepto la vía parenteral.

Se crearon nueve subespecialidades:

- Asistencia obstétrica.
- Fisioterapia
- Radiología y Electrología
- Pediatría y Puericultura.
- Neurología.
- Psiquiatría.
- Análisis clínico.
- Urología y Nefrología.
- Podología.

Tras el fallecimiento del general Franco y el fin de su dictadura se inicia un periodo democrático donde los DUES pasan de tener un rol de ayudante a realizar sus propias actividades, valorando al paciente y a la comunidad de forma holística.

En 1970 entra en vigor la Ley General de educación, empezando una época más democrática. En esta época los ATS aprovechan para reclamar formación universitaria bajo el lema “POR UNA MEJOR SANIDAD, ATS A LA UNIVERSIDAD”. Y es en 1977 mediante el Real Decreto 2128/77 donde se incorpora los estudios de enfermería a la universidad.^{4,5,6}

El plan de estudios de DUE (1977) requiere un mayor nivel de formación (COU), actualmente el Bachillerato, iguala las horas teóricas y prácticas, introduce nuevas asignaturas y algunas de ellas específicas de la profesión, elimina cuatros asignaturas que son constantes durante los tres cursos de ATS tales como: religión, moral profesional, educación física y formación política. Otras de las novedades de este plan respecto al de ATS es que no hace distinciones de género entre sus estudiantes y pretende que se tenga un mayor conocimiento del ser humano.

La Orden Ministerial del 13 de diciembre de 1978, permitió a los enfermeros impartir docencia en la Universidad. Con anterioridad a esto, el alumnado era femenina y los profesores eran masculinos y ajenos al ámbito enfermero. Los enfermeros sólo podían ser docentes durante el período de prácticas.

**PLAN DE ESTUDIOS DE DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA
(ORDEN 31 OCTUBRE 1977) ^{1, 7}**

ÁREAS	PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO	TERCER CURSO
CIENCIAS BÁSICAS	BIOFÍSICA BIOQUÍMICA		
CIENCIAS MÉDICAS	ANATOMÍA FISIOLOGÍA	FARMACOLOGÍA CLÍNICA DIETÉTICA	FARMACOLOGÍA CLÍNICA TERAPÉUTICA FÍSICA
CIENCIAS DE LA CONDUCTA	CIENCIAS DE LA CONDUCTA I	CIENCIAS DE LA CONDUCTA II	CIENCIAS DE LA CONDUCTA III
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA	ENFERMERÍA FUNDAMENTAL	ENFERMERÍA MÉDICO - QUIRÚRGICA I ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL	ENFERMERÍA MÉDICO - QUIRÚRGICA II ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y GERIÁTRICA
SALUD PÚBLICA		SALUD PÚBLICA I	SALUD PÚBLICA II
OPTATIVAS			

Por el Real Decreto 111/1980 de 11 de enero y la Orden del 15 de julio de 1980 toda aquella persona que tuviera el título de ATS debía convalidarlo por el de DUE mediante

el curso de nivelación, requisito indispensable para ejercer docencia. El primer examen se realizó en Madrid en 1981. ⁵⁻¹⁰

En mayo de 2005 se publica el Real Decreto 450/2005 de 22 abril, reconociendo siete especialidades: ¹¹

- Enfermería Obstétrico – Ginecológica (Matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico – Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica

Tuvieron que pasar 31 años para llegar a los estudios universitarios de Grado. El 30 de octubre de 2007 se publica en el BOE el Real Decreto de la Ordenación de las enseñanzas universitarias acorde con el Espacio Europeo de Educación Superior, dando lugar a un aumento de un año de carrera, pasando de tres a cuatro. Gracias al título de grado se puede optar a estudios de post grado de enfermería tales como el master o el doctorado.

CONCLUSIONES

Durante el periodo comprendido entre 1953 y 1977 los valores que se suponían que tenían que tener las enfermeras estaban basados en la religión y el nacionalismo. En esa época la enfermera debía cuidar al paciente y recibir órdenes médicas, sin capacidad de discusión alguna.

Durante la etapa de Ayudante Técnico Sanitario había una diferenciación de género entre mujeres y hombres. Formaban profesionales muy técnicos, pero sin capacidad para opinar o trabajar en equipo.

El inicio de la profesión en la Universidad dio paso a una función más independiente, donde incluyeron actividades propias y un lenguaje enfermero.

Hemos visto cómo ha evolucionado la Enfermería partiendo desde un rol totalmente dependiente, de ayudante y condicionado a las directrices médicas hasta el punto en el que nos encontramos hoy en día en el que la profesión disfruta de un rol más

independiente, realizando sus propias actividades y aplicando cuidados al individuo y a la comunidad de forma autónoma o multidisciplinar. Actualmente, los conocimientos de Enfermería están basados en la evidencia científica, realizando continuamente cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Profesionalmente, hemos evolucionado de Ayudante Técnico Sanitario hacia Graduado en Enfermería, permitiéndonos poder acceder a estudios de post grado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ortego Maté M. De ATS a Diplomado Universitario en Enfermería. Rev ROL.2002;25(9):16-21
- 2) Miró Bonet M, Bover, Bover A, Moreno Mulet C, Miró Bonet R, Zaforteza Lallemand C. Genealogy as a critical toolbox: deconstructing the professional identity of nurses. J Adv Nurs. 2013; 70(4):768-776
- 3) Orden del 4 de julio de 1955 sobre las normas para una nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Boletín Oficial del Estado, 2 de agosto de 1955
- 4) Herrera Rodríguez F. Nota sobre la Historia de la Enfermería en España (1977-2002), ILUIL.2003;26: 157-173
- 5) Matesanz Santiago M. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Adm Sanit. 2009;7(2):243-260
- 6) Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 200, (22 de agosto de 1977)
- 7) Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan las directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, Boletín Oficial del Estado, 26 de noviembre de 1977, 283.25987-25989
- 8) Martínez Cadaya N; Fernández Fernández M. El rol enfermero: cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en enfermería. Cult cuid.2012;16(33):22-29
- 9) Real Decreto 2319/1969, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 302, (17 de diciembre de 1969)

- 10) Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre la homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario a Diplomado Universitario en Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 20 (23 de enero de 1980)
- 11) Real Decreto 450/2005, de 22 abril, sobre especialidades de Enfermería, Boletín Oficial del Estado, nº 108, (6 de mayo de 2005)

SAPIENZA VIVA

DOÑA ALICIA CARAMÉS Y DON ANTONIO PÉREZ: 'HISTORIA DE UN MATRIMONIO' AL SERVICIO DE LA SANIDAD TINERFEÑA.

DOÑA ALICIA CARAMÉS AND DON ANTONIO PÉREZ: 'HISTORY OF A MARRIAGE' AT THE SERVICE OF HEALING TINERFEÑA.

Carmen Nazaret Rodríguez-Bacallado¹, Francisco Javier Castro-Molina², Antonio Pérez Hernández³

¹Doctoranda (Universidad de La Laguna). ²Profesor de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria (Universidad de La Laguna). ³ Practicante-ATS-DUE jubilado.

Correo electrónico: fcastrom@ull.edu.es

Recibido: 17/02/2020
Aceptado: 11/03/2021

Resumen

En esta entrevista se describe la vida profesional de Doña Alicia Caramés Delgado y Antonio Pérez Hernández, que como matrona y practicantes trabajaron durante la

segunda mitad del siglo XX en la isla de Tenerife. Al contar la historia de este matrimonio se contribuye a mejorar el conocimiento de la historia de la profesión enfermera.

Nos cuentan cómo fue su proceso de formación, su labor como profesionales, así como algunas anécdotas personales y profesionales. También nos da una idea del carisma con el que desarrollaron su labor profesional.

Palabras clave: historia, practicante, matrona, profesión, Enfermería, historia enfermería.

Abstract

This interview describes the professional life of Doña Alicia Caramés Delgado and Antonio Pérez Hernández, who as a midwife and practitioners worked during the second half of the 20th century on the island of Tenerife. By telling the story of this marriage, you help to improve your knowledge of the history of the nursing profession.

They tell us about their training process, their work as professionals, as well as some personal and professional anecdotes. It also gives us an idea of the charisma with which they developed their professional work.

Keywords: history, practitioner, midwife, profession, Nursing, nursing history.

Doña Alicia Caramés Delgado, Matrona y Practicante en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz, y Don Antonio Pérez Hernández, Practicante en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz, teniendo ambos algunas especialidades como título de Diplomado en Fisioterapia, diploma de Ayudante Técnico Sanitario de Empresa , Anestésista e Instrumentista (Don Antonio), convalidando ambos los títulos de Practicante por el de Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario de Enfermería, desarrollaron su labor como sanitarios durante más de 40 años en la isla de Tenerife.



Ilustración 1. Invitación a 'participar en la MISA DE ACCIÓN DE GRACIAS. Preside el Rvdo. Padre Antonio Vicente Pérez Caramés' fechada el 30 de mayo de 2020 (Fondo fotográfico Antonio Pérez-Alicia Caramés)

Doña Alicia Caramés Delgado, Matrona y Practicante en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz, y Don Antonio Pérez Hernández, Practicante en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz, teniendo ambos algunas especialidades como título de Diplomado en Fisioterapia, diploma de Ayudante Técnico Sanitario de Empresa , Anestésista e Instrumentista (Don Antonio), convalidando ambos los títulos de Practicante por el de

Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario de Enfermería, desarrollaron su labor como sanitarios durante más de 40 años en la isla de Tenerife.

Contrajeron matrimonio el 26 de mayo de 1960, en la Parroquia Matriz de Nuestra Señora de la Concepción en Santa Cruz de Tenerife y como nos dicen “a boca llena” tienen 6 hijos, uno es Misionero Idente, Sacerdote (‘Católico, Apostólico y Romano’) y a su cargo con dos parroquias, profesor de la Universidad en Praga, y los otros cinco hijos (todos casados y con trabajos), y con nueras, yernos con siete nietos y dos bisnietos.

En su domicilio situado en la Avenida Venezuela, en Santa Cruz de Tenerife, nos reciben amablemente para realizarles una entrevista y con ello contribuir al conocimiento de la historia de la profesión durante la segunda mitad del siglo XX.

En primer lugar, nos causa admiración la meticulosa y ordenada disposición de documentos con un amplio y organizado marco enorme con muchos títulos, diplomas, certificados y otros documentos relacionados con méritos profesionales, emblemas, etc., y un bien organizadísimo fondo fotográfico, con más de 100 álbumes y unas 35.000 fotografías escaneadas, así como DVD y CD, todo con una disposición tal, que podría considerarse un museo particular de la historia de la enfermería.

Doña Alicia nació el 26 de julio del año 1935, realizó sus estudios de Matrona y Practicante en Medicina y Cirugía en la Facultad de Cádiz, realizando la formación teórico-práctica en el Hospital Civil, Hospital Militar e Instituto de Higiene. Unos profesionales les daban conocimientos teórico-prácticos, entre ellos el Practicante Manuel Plata Muñoz, en clases privadas pagadas, para posteriormente, previo pago de tasas académicas, examinarse en la Facultad de Medicina de Cádiz ante un tribunal, que en el siguiente año se desplazó a la isla para examinarlos. Una vez aprobaba, se solicitaba la documentación correspondiente al título para posteriormente colegiarse en el Colegio Profesional correspondiente, que en el caso de Alicia estaba colegiada en el Colegio de Matronas y en el de Practicantes.

En una época en la isla no había muchas profesionales tituladas, eran unas treinta o cuarenta lo máximo, algunas de las matronas que desarrollaban su actividad en aquella época en Tenerife eran entre otras: Fernanda Pérez, Dolores Dabán de la Concha, Juana María Santana, Candelaria León Ascanio, Josefina Santana, Rosalina Rodríguez Pérez, María Andújar, Candelaria Álvarez Morín, Lastenia Expósito González, Doña Alicia Caramés Delgado, que era la más joven del grupo de matronas.

Todas estas matronas estaban asociadas en el Colegio de Matronas. Desde que se creó la Junta Directiva, a doña Alicia le asignaron el cargo de secretaria. Candelaria León fue presidenta y también Dolores Dabán de la Concha.

Los Practicantes tenían el Colegio en la Calle Monteverde, pero las matronas estaban independientes, en la calle 18 de Julio, hoy Juan Pablo II, había un local en el que estaba el colegio. “La presidenta era Candelaria León, yo era la secretaria”

En esta foto están Rosalina Rodríguez Pérez, Fernanda Pérez, Candelaria León Ascanio y doña Alicia Caramés Delgado, en la asistencia al Primer Congreso Nacional de Matronas.



Ilustración 2. Alicia Caramés en el ‘Primer Congreso Nacional de Matronas’
(Fondo fotográfico Antonio Pérez-Alicia Caramés)

Doña Alicia desarrolló su periodo de prácticas en la Maternidad Provincial y en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados.

La Maternidad Provincial estaba situada en el recinto del Instituto de Higiene y como director estaba un médico Maternólogo y Tocólogo llamado Antonio Rodríguez López (granadino), y una matrona llamada Ana Braun, a su jubilación Doña Alicia la sustituyó. También había una Auxiliar (Enfermera de la Cruz Roja) llamada Rita Suarez, muy eficiente, por cierto, personal de cocina y de limpieza.

“Yo cobraba por acto o asistencia a partos entre 15 a 25 pesetas, pero a su vez era uno de los pocos centros sanitarios donde las matronas podían asistir a los partos según en

la cartilla del I.N.P. que tuviera asignada la parturienta de su cupo, y en algunas ocasiones se reunían varias matronas para poder asistir a sus parturientas, y llegamos a un consenso amigable y así iban pasando los días y la Seguridad Social o Instituto Nacional de Previsión iba mejorando sus centros sanitarios o tenían acuerdos con algunas clínicas privadas, hasta que fueron existiendo las Residencias Sanitarias o Clínicas Privadas que las mantenía el I.N.P. (Instituto Nacional de Previsión). Podemos citar la Clínica Lladrés, la Clínica Capote, la Clínica Zerolo, Clínica La Colina, la Clínica Quibey, el Hospital Civil y posteriormente la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social hoy llamado Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria”.

En algunas ocasiones las matronas desempeñaban otras actividades como trabajos burocráticos, como por ejemplo en este caso Doña Alicia que trabajó como “auxiliar administrativa” en el Instituto Regional de Fisiopatología de Tenerife (IPT) “Tomás Cerviá”. Le pagaban 200 pesetas, haciendo un trabajo como de estadística.

Por un concurso oposición se presentó a una plaza en el Hospital Civil en el año 1958, y le fue concedida. Pero unos meses después de haber obtenido la plaza y tener su nombramiento como funcionaria del Cabildo Insular de Tenerife, y al haberse casado, tuvo que dejar la plaza, pues existía una Ley en la que las mujeres casadas no podían desempeñar empleos oficiales. Aunque recurrió dicha ley esta no fue abolida hasta que Doña Pilar Primo de Rivera pudo conseguir que esta Ley fuera abolida y desapareciera para siempre.

Nos ha contado muchas anécdotas como por ejemplo la asistencia a un parto en el barranco de Santos, la llegada a las doce de la noche al Hospital Militar para asistir un parto, y que el soldado que estaba de servicio no abría la puerta para entrar, o estando en el Hospital Civil el niño que nació en el pasillo y salió patinando por la galería próximo a la sala de las parturientas y que ella agarró para que no se precipitara por la barandilla, o un parto prematuro en el que tuvo que salir corriendo con el niño en brazos desde la Clínica de Maternidad hasta el Hospitalito de niños, y que hasta el día de hoy está vivo y coleando y ya tiene más de 50 años, y así muchas anécdotas más.

Don Antonio Pérez Hernández, nació el 28 de septiembre de 1933, en el Realejo Bajo, realizó la Carrera de Practicante en la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz. A los 19 años terminó la carrera. Recibió la formación teórica en el Instituto de Higiene y ante un tribunal que vino a examinarlos a la isla, obtuvo su titulación de

Practicante en 1952.

En aquellas épocas venía un Tribunal Médico, de la Facultad de Medicina de Cádiz a examinarlos. Los costes y la estancia lo sufragaban entre todos los que estaban matriculados, y los que no aprobaban tenían la oportunidad de ir a Cádiz en septiembre. Tuvo la suerte de presentarse a cinco oposiciones y a un concurso-oposición.

La más satisfecha fue la primera oposición para ocupar una plaza en propiedad del Excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife, y su destino (como ya lo estaba desempeñando) como Practicante Honorario y Gratuito, era en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados Hospital Civil. Tuvo la suerte de obtener el número uno y la oposición era para cubrir seis plazas, a las que se presentaron 123 opositores.

Ya pasados algunos años se presentó en Madrid a unas oposiciones Nacionales de Practicante de la Seguridad Social, y según el BOE (Boletín Oficial del Estado) en la lista obtuvo una puntuación y el número obtenido fue el 224. Se habían presentado unos 10.000 practicantes (para toda España) y podían escoger lugar. Pidió por supuesto Tenerife y le fue aceptada.

Posteriormente se presentó a otra oposición al Hospital Psiquiátrico, en la que no obtuvo plaza, pero le ofrecieron una interinidad.

También se presentó a otra plaza de A.P.D (Asistencia Pública Domiciliaria) y otro concurso-oposición de Bajura y Altura del Instituto Social de la Marina, pero de tierra, y actuaba como practicante anestesista-instrumentista cuando era requerido por el médico que me asignaron, que fue un Urólogo y posteriormente un Toco-Ginecólogo, que posteriormente fue absorbido por la Seguridad Social, y como ya tenía plaza, no podía desempeñar dos actividades para el mismo organismo.

Mientras estaba ocupando dichas plazas, era requerido por varios doctores para ser primer ayudante en intervenciones quirúrgicas o instrumentista, principalmente a Toco-Ginecólogos, Traumatólogos, Cirujanos Digestivos u Otorrinolaringología.

Don Antonio cuenta que recuerda que iba corriendo en la vespa y posteriormente en el coche que tenía. En esos años recuerda verse "trabajando, trabajando y trabajando...". Eso sí, las vacaciones las disfrutaba con sus hijos y algún familiar. Sin hablar ningún idioma se recorrieron media Europa en su Volkswagen de siete plazas siendo todos los viajes normales y apasionantes. Ahora recuerda estar lo más próximo a Suecia desde lo más al norte de Dinamarca, o conduciendo por el carril izquierdo en Inglaterra o

cogiendo guaguas en Moscú.

Durante toda su trayectoria profesional al igual que doña Alicia Caramés, se siguió presentando a cursos, cursillos, asistieron a Congresos Nacionales e Internacionales, obteniendo ambos por ejemplo el Diploma de Ayudante Técnico Sanitario de Empresa, Diplomados en Fisioterapia, Diploma Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela Oficial de Matronas, Primer Seminario de Urgencias Médico-Quirúrgica en el H.U.C para Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como asistencias a Symposium, Congresos Nacionales e Internacionales (EE.UU. W. Distrito Central), Brasil (Río de Janeiro), donde Don Antonio presentó una ponencia, Austria (Viena), Japón (COBE), y algunos Congresos más por varios países o naciones, así como varios cursillos, Congresos, perfeccionamiento en España (Madrid, Barcelona, Zaragoza, La Coruña, Las Palmas, Palma de Mallorca, Tenerife).

“Aquí en Tenerife, por ejemplo, celebramos unas conferencias o Jornadas, donde nos vino a ampliar conocimientos la vicepresidenta mundial, de habla hispana. Esta matrona se llamaba Leticia Lorenzetty da Silva, de nacionalidad chilena y residencia en Santiago de Chile. Vino a Tenerife, pues en el Congreso Nacional de Matronas había una presidenta y tres vicepresidentas (español, inglés y francés). Esta visita a Tenerife fue porque asistimos a un Congreso Nacional de Matronas en Alicante y fue invitada a presidir el Congreso y posteriormente vino a Tenerife invitada por nosotros y se hospedó en nuestra casa. Durante su corta estancia en Tenerife hicimos varias excursiones por la isla”

También asistió al Primer Curso de la Escuela Nacional de Dirección y Administración Hospitalaria (Dirección Nacional de Sanidad), para el cual se desplazó a Madrid durante un periodo de seis meses.

Al realizar este curso, en el momento que se traslada al personal del Hospital Civil al actual Hospital General, el ‘Director General de Sanidad’ lo recomendó al Presidente del Cabildo en aquel entonces, quien le mandó una carta ofreciéndome que estaba capacitado para desempeñar el cargo de Director de Enfermería, siendo el primer Director de Enfermería del Hospital General.

“Cuando llegué allí, primero 3 compañeros estuvimos poniendo el material donde correspondía en los quirófanos: esto para trauma, esto para ginecología y esto para cirugía y otorrino etc.”

Después de esos 3 meses fue cuando empezó a abrirse, y se realiza el traslado de los enfermos al Hospital Universitario de Canarias.

También durante algunos años fue vocal y secretario del Ilustre Colegio Oficial de Practicantes.

Fue uno de los promotores de un homenaje que se le hizo a los Practicantes, “para que la figura del Practicante no quede en el olvido, y teniendo en cuenta que los principios profesionales de los Practicantes de esta isla se gestaron en el Hospital Civil, siendo la relación entre Practicante-Cabildo-Hospital el nexo de unión entre ambos”, se crea en el Hospital Universitario de Canarias un monumento para perpetuar para siempre la figura del Practicante. Es el primer monumento al practicante en el territorio nacional. Este acto tuvo lugar el 21 de julio del 1995.



Ilustración 3-4. Monumento al Practicante en Medicina y Cirugía ubicado en los jardines del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (San Cristóbal de La Laguna), inaugurado el 5 de julio de 2000, en el que Antonio Pérez participa de manera activa.

(Fondo fotográfico Antonio Pérez-Alicia Caramés).

Don Antonio trabajó unos 10 años en el Hospital san Juan de Dios, como practicante sin sueldo. Le concedieron la Granada de oro, insignia de reconocimiento que hace la Orden de San Juan de Dios



Ilustración 5-6. Detalle del emblema entregado a Antonio Pérez por el servicio prestado a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (izquierda); fachada del hospital que la Orden en Santa Cruz de Tenerife en la década de 1960 (derecha).
(Fondo fotográfico Antonio Pérez-Alicia Caramés).

Durante sus largos años profesionales y habiendo participado en algunos symposium, ideó estos mandamientos sanitarios:

1. Sea siempre amable, cortés y valiente.
2. Sonría frecuentemente.
3. Salude al enfermo por su nombre.
4. Preste toda la atención posible.
5. Escúchele atentamente y piense antes de hablar.
6. Si el enfermo (o familiar) lo sabe todo o cree saberlo, no le contradiga y sonríale, prolongue su sonrisa lo más que pueda.
7. Sea tolerante, sencillo y discreto.
8. No sea mordaz, nunca hable mal de nadie, cálese antes de hablar mal de compañeros.

9. Elogie a cada enfermo (o compañero) de la mejor manera posible.
10. Sea entusiasta, el entusiasmo es contagioso.

Hoy, después de muchos avatares, sufrimientos, etc., nos dicen a boca llena “estamos vivitos y coleantes” “y que conste que en ningún momento le quitamos o molestamos a ningún compañero o colega”. Se consideran satisfechos y orgullosos por varias razones, en sus palabras “por arriba de todo, la familia, conjuntamente con la profesionalidad, tanto de Alicia como mía “. “Nunca le hicimos daño a nadie y nunca hicimos abusos o nos metimos en líos profesionales”.

“Esta ha sido nuestra vida y aquí están próximos a los 86 y 88 años y con las majaderías de nuestra edad”.

Asimismo, dirigen “un gran abrazo para todas aquellas personas que tengan la paciencia de leer estas biografías”.

CARTA AL DIRECTOR

ENFERMEROS OBSTETRAS, OBSTETRICES Y PARTEROS EN EL CAMPO DE LA OBSTETRICIA HOY EN DÍA

OBSTETRICAL NURSES, OBSTETRICIANS AND MIDWIVES IN THE FIELD OF OBSTETRICS TODAY

Gustavo Gonçalves dos Santos¹

¹Enfermero 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>

Correo electrónico: gustavo.goncalves-santos@unesp.br

Recibido: 01/02/2019
Aceptado: 11/09/2020

Resumen

Mediante esta carta al director, el autor pretende realizar un recorrido breve, pero conciso, a lo largo de la historia de la obstetría, donde la figura de la matrona (y las parteras) se han convertido en una pieza fundamental sobre la que se ha pivotado la atención a la mujer desde los orígenes de la Humanidad

Palabras clave: Enfermería Obstétrica, parto, nacimiento.

Abstract

Through this letter to the editor, the author intends to take a brief, but concise, journey through the history of obstetrics, where the figure of the midwife (and midwives) have become a fundamental piece on which it has been pivoted attention to women since the origins of Humanity

Keywords: Obstetric Nursing, delivery, birth.

En primer lugar, ante el escenario en el que nos encontramos debido a la pandemia de COVID-19, este momento es extremadamente atípico, delicado y reflexivo, sirviendo para repensar nuestros valores y principios éticos, morales, humanitarios y políticos sobre diferentes campos que involucran a nuestro país y al mundo.

En vista de ello, escribo esta carta en relación con el artículo publicado en la revista EGLE en 2019 en la sección de Historia, titulado: "La función de las matronas en la Edad Media" de Frías LR, Bello MJH y Fernández AAR. El manuscrito es pertinente al escenario profesional en el campo de la Obstetricia, porque describe y expone la importancia de las parteras en la asistencia a la Salud de la Mujer en diversos niveles de complejidad, como, por ejemplo, la asistencia y atención integral a la Ginecología y Obstetricia, insertada directamente a los derechos sexuales, reproductivos, prenatales, de parto, posparto, puerperio y en el proceso del ciclo vital de la mujer.¹

El material señala que las matronas son las encargadas del cuidado de la mujer desde el punto de vista de la reproducción, dando especial importancia a las etapas de vergüenza, parto y puerperio.¹

Creo que es necesario plantear que la asistencia a la mujer, a la embarazada, el seguimiento del parto y la ejecución del parto sin distocia están entre las atribuciones de las Enfermeras Generalistas como integrantes de los equipos de Salud, según el artículo 11 de la Ley 7498/86 y las Enfermeras Obstétricas, Obstetras y Parteras, especialistas en parto normal, tienen autonomía profesional en la asistencia, según el artículo 9 del Decreto 94.406/87 del Consejo Federal de Enfermería (COFEN).²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), necesitamos otros 9 millones de enfermeras y parteras obstétricas para alcanzar el objetivo de la cobertura sanitaria universal para 2030. En América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que se necesitan 800.000 profesionales de la salud más, incluidos los de enfermería y obstetricia.^{3,4,5}

La OMS ha designado el año 2020 como el Año Internacional de los Profesionales de la Enfermería, Enfermeros Obstétricos, Obstetrices y las Comadronas. Profesionales que se considera que desempeñan un papel fundamental en la salud de todos, incluidas las mujeres. También quisiera señalar que en 2020 se cumple el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, pionera de la Enfermería, donde podemos reconocer su contribución a la salud y a la humanidad. Los países como mejores

indicadores de la atención materna e infantil tienen en común un desempeño calificado de la Enfermería Obstétrica. La asistencia de Enfermeros Obstetras y Obstetrices se asocia al aumento de las tasas de partos normales, la reducción de las intervenciones innecesarias, las complicaciones y la mortalidad materna y neonatal.^{3,4,5}

En el Brasil, la Enfermería Obstétrica es uno de los pilares de la Red Cigüeña, establecida por el Ministerio de Salud (MS), y su acreditación por los operadores de planes de salud pasó a ser obligatoria en 2015. El COFEN y los Consejos Regionales de Enfermería (COREN) son socios en la lucha por la humanización y la autonomía de Enfermeros Obstetras y Obstetrices, a través de su red de Comisiones de Salud de la Mujer, donde participaron en la definición de las Directrices para el parto normal en Brasil.²

Alrededor de 830.000 mujeres mueren cada día en el mundo por causas derivadas del embarazo y el parto. El objetivo del programa de la OMS es que para el año 2030 este número llegue a 70 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. Para apoyar este objetivo, hay algunos programas que se están lanzando como Nursing Now, del que Brasil forma parte. El hecho es que nosotros, Enfermeros Obstetras y Obstetrices, representamos más del 50% de la fuerza de trabajo en el área de la salud.^{2,3}

Así que, no en vano, la OMS ha declarado que el año 2020 será el año de la Enfermería y Obstetricia, con el apoyo de la OPAS, el MS y el COFEN. Este movimiento mundial es el momento ideal para que pongamos nuestra fuerza y conocimiento al servicio del apoyo, la atención y el empoderamiento de las mujeres en el embarazo, el parto y el cuidado de los niños.^{3,4,5}

El parto se consideraba un ritual de la mujer, en el que toda la familia y parteras formaban parte de ese momento natural y fisiológico, pero este escenario cambió, con la llegada del modelo tecnocrático la mujer dejó de ser protagonista y el proceso de parto y nacimiento comenzó a ser tratado como una enfermedad, luego se entendió como una práctica médica.⁶

La atención del parto y el nacimiento debe modificarse, debe ir más allá del modelo tecnocrático desde el punto de vista del cuerpo de la mujer para ser considerada como una máquina centrada en la conducta intervencionista. Es necesario rescatar la salud obstétrica para que se apliquen prácticas multiprofesionales con la inserción de enfermeras obstétricas, que tienen una base en el pensamiento complejo con la

capacidad de ofrecer una asistencia humanizada y holística, superando el modelo tecnocrático.⁶⁻¹⁰

La reconstrucción de la atención es necesaria para romper la asistencia hegemónica y comenzar a adoptar buenas prácticas basadas en la evidencia. Con la inserción de Enfermeros Obstetras, Obstetrices y las buenas prácticas basadas en la evidencia será posible ofrecer una asistencia integral, humanizada y acogedora. Las prácticas basadas en la evidencia hacen que el profesional ofrezca al paciente una mejor asistencia, de modo que el paciente tiene la capacidad de adherirse a la atención, porque entiende que el profesional sabe cómo considerar y comprender sus necesidades fisiológicas y naturales, que están aseguradas por hechos científicos.⁶⁻¹⁰

Es en este escenario donde la Enfermería Obstétrica ganará protagonismo, ya que los profesionales de la Enfermería y Obstetricia son capaces de reflexionar y pueden trabajar en equipo para construir nuevos escenarios, de manera que se garantice una asistencia integral a la madre, al recién nacido y a la familia.⁶⁻¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Frías LR, Bello MJH e Fernández AAR. La función de las matronas en la Edad Media. REVISTA EGLE; Primer Semestre de 2019-AÑO VI-NÚMERO 13. Disponible en: <https://revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/88/93>
- 2) Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto n° 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. 30 de Março de 1987. Disponible en: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
- 3) Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. OMS apoia designar 2020 o ano das enfermeiras obstétricas e parteiras. 15 de Fevereiro de 2019. Disponible en: http://www.cofen.gov.br/oms-apoia-designar-2020-o-ano-das-enfermeiras-obstetricas-e-parteiras_68790.html
- 4) Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Nursing Perspectives and the “Nursing Now” Campaign. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2351-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>
- 5) All-Party Parliamentary Group on Global Health. Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.

- Geneve: All-Party Parliamentary Group on Global Health[Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_tripleimpact.pdf?ua=1
- 6) 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. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_par_to_normal.pdf
- 7) Narchi NZ, Silva LCFPG, Dulce MR. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetras no Brasil. Saude soc. [online]. 2012, vol.21, n.2, pp.510-519. ISSN 0104-1290. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200022>
- 8) Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.4, pp.1059-1068. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>
- 9) Santos GG. Pai de primeira viagem, momento impactante ao ver meu filho nascer: um relato de experiência. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):176-183.. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.176-183>
- 10) Santos GG. Visualizando la persistencia de la violencia contra la mujer. Index Enferm [Internet]. 2019; 28(4): 228-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300014&lng=es

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^a. 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 fente 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*.

