

SUMARIO

EDITORIAL

RIBEIRÃO PRETO EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Ramón del Gallego Lastra

HISTORIA

LA ENFERMERÍA Y LA CASA REAL ESPAÑOLA

Francisco Glicerio Conde-Mora, Francisco Javier Castro-Molina, Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz, Juan Plaza-Torres

APORTACIÓN DEL DR. USANDIZAGA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ENFERMERO Y AUXILIAR DURANTE LA GUERRA CIVIL

María Jesica Martín-Lorente, Juan Carlos Cano-Béjar

ASPECTOS SANITARIOS DE LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO. NUTRICIÓN Y ENFERMEDADES A BORDO

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz

ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (II)

Natalia Rodríguez-Novo, Francisco Javier Castro-Molina, José Ángel Rodríguez-Gómez

SAPIENZA VIVA

HISTORIA DE LA SEÑORITA SARA

José Eloy García García, Alicia Méndez Salgado

75º ANIVERSARIO DEL DÍA DE LA VICTORIA EN EUROPA:

LA ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (II).

Entrevista de Guillermo García a Francisco Javier Castro Molina

MISCELÁNEA

PANDEMIA COVID-19 ¿UNA HISTORIA QUE SE REPITE?

Jesús Manuel Quintero-Febles

CARTA AL DIRECTOR

NARRATIVA DE UNA VIVENCIA: LA PANDEMIA, UN 'FENÓMENO METEOROLÓGICO'

Gustavo Cabrera-Medina

COLABORAN:



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



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, 63 (38001-SC de Tenerife).

ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

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

AÑO VII- Número 15. Primer Semestre 2020.

Revista on-line:

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

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

ISSN-e: 2386-9267

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

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

SUSCRIPCIONES:

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

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 euros.

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

CONSEJO DE REDACCIÓN.

DIRECTOR

Dr. Francisco-Javier Castro-Molina
*Escuela Univ. Enfermería 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. Ruben 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), subcoordinadora 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

RIBEIRÃO PRETO EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Ramón del Gallego Lastra

HISTORIA

LA ENFERMERÍA Y LA CASA REAL ESPAÑOLA

Francisco Glicerio Conde-Mora, Francisco Javier Castro-Molina,
Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz, Juan Plaza-Torres

APORTACIÓN DEL DR. USANDIZAGA EN LA FORMACIÓN DEL
PERSONAL SANITARIO ENFERMERO Y AUXILIAR DURANTE LA
GUERRA CIVIL

María Jesica Martín-Lorente, Juan Carlos Cano-Béjar

ASPECTOS SANITARIOS DE LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO.
NUTRICIÓN Y ENFERMEDADES A BORDO

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz

ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (II)

Natalia Rodríguez-Novo, Francisco Javier Castro-Molina, José
Ángel Rodríguez-Gómez

SAPIENZA VIVA

HISTORIA DE LA SEÑORITA SARA

José Eloy García García, Alicia Méndez Salgado

75º ANIVERSARIO DEL DÍA DE LA VICTORIA EN EUROPA:
LA ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (II).

Entrevista de Guillermo García a Francisco Javier Castro Molina

MISCELÁNEA

PANDEMIA COVID-19 ¿UNA HISTORIA QUE SE REPITE?

Jesús Manuel Quintero Febles

CARTA AL DIRECTOR

NARRATIVA DE UNA VIVENCIA: LA PANDEMIA, UN 'FENÓMENO METEOROLÓGICO'

Gustavo Cabrera-Medina

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

EDITORIAL

RIBEIRÃO PRETO EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

RIBEIRÃO PRETO IN THE HISTORY OF NURSING

Ramón del Gallego Lastra

Presidente del Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería,
Universidad Complutense de Madrid.

Correo electrónico: rgallego@enf.ucm.es

Recibido: 11/03/2020
Aceptado: 25/03/2020

Resumen

El autor realiza una reflexión sobre la trascendencia que ha supuesto la recién firmada 'Carta de Ribeirão Preto' que aúna a numerosas asociaciones de Historia de la Enfermería de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Brasil, Portugal y España para la reivindicación de una 'justa' carga docente en los programas universitarios de Enfermería.

Palabras claves: Carta de Ribeirão Preto; Historia de la Enfermería; Educación; Enfermería.

Abstract

The author reflects on the significance of the recently signed 'Letter from Ribeirão Preto', which brings together numerous associations of the History of Nursing in the

United States of America, Canada, Brazil, Portugal and Spain for the demand for a 'fair' teaching load in university nursing programs.

Key words: Letter from Ribeirão Preto; History of nursing; Education; Nursing.

En Ribeirão Preto, el 30 de noviembre de 2019, representantes de prestigiosas escuelas y asociaciones científicas de Brasil, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Portugal y España firmaron una Declaración en defensa de la Educación de Historia de la Enfermería. En ella se realizó un análisis que arrojaba resultados preocupantes sobre el estado general de su enseñanza en el mundo.

En algunos países, la Historia de la enfermería está ausente del currículum o escasamente representada e incluida en diversas asignaturas. En unos estudios fuertemente regulados, como son todos los sanitarios y particularmente la Enfermería, se priman los contenidos técnicos que desarrollan competencias clínicas. Cuando se incluyen contenidos de historia suelen estar basados en la historiografía biográfica de algunos personajes relevantes y de sus ideas.

Otro problema que destaca la Declaración de Ribeirão Preto es la escasez de profesores especializados y la insuficiente preparación de los docentes que la imparten. Es frecuente que accedan a estos puestos, docentes noveles, a los que se les asigna una materia considerada de poco valor curricular, y de la que desconocen los métodos de análisis propios de la investigación histórica, motivo que los lleva al empleo de referencias anticuadas o presentan el material sin utilizar métodos didácticos atractivos o creativos. En cambio, en España, aunque hay mucho por hacer, un número creciente de educadores con buena preparación en la Historia de la enfermería están consiguiendo mantenerla en los currículums de la titulación con un nivel respetable.

Los que iniciábamos nuestra carrera académica como profesores de Enfermería Fundamental, en los años ochenta, apenas contábamos con un pequeño conjunto de textos de autores ya clásicos como Francisco Ventosa o Cecilio Eserverri, a los que posteriormente se incorporó el de Carmen Domínguez Alcón; en este caso con un estudio sociológico de la profesión enfermera, pero como una fuerte base historiográfica. En los últimos cuarenta años se han sumado a esta nómina de textos

clásicos los libros de Francisca Hernández, José Siles, Magdalena Santo Tomás y Mariluz Fernández y M^a Luisa Martínez y Elena Chamorro. También aparecieron revistas fundamentales en el panorama de las humanidades de enfermería como Cultura de los Cuidados, Index de Enfermería o la revista EGLE que relanza ahora su andadura.

En consecuencia, los firmantes describen un panorama mundial en el que muy pocos estudiantes reciben una formación adecuada en la Historia de enfermería general, o local, ni se sienten inclinados a una disciplina que se presenta como poco atractiva y alejada de sus intereses profesionales inmediatos. Y esta es una de las claves en las que considero que se debe centrar el análisis del problema y por donde se pueden comenzar a buscar algunas soluciones. La primera sería presentar una Historia que permita dar respuesta a preguntas que se plantean profesionales de un mundo actual. Una historia basada en relatos hagiográficos y encomiásticos de personajes relevantes de nuestro pasado puede interesar a un grupo reducido de aficionados a la disciplina histórica, pero la inmensa mayoría de las o los estudiantes de enfermería suelen tener una formación muy técnica, basada en estudios preuniversitarios centrados en ciencias biológicas y por tanto bastante alejados del aprecio a los estudios humanísticos y más preocupados por problemas clínicos concretos. El reto consiste en acercarlos a la Historia para que comprueben su potencia en la explicación e interpretación de problemas actuales. Y eso sin caer en el manido error, cuando no perversión teórica, de pretender utilizar esta disciplina para justificar planteamientos actuales.

La preeminencia de las ciencias naturales es común en el mundo de la sanidad, porque en el siglo XX se consolida un paradigma científico que pone la objetividad y la neutralidad en la observación de los fenómenos como valor supremo de la ciencia y el único camino posible hacia la credibilidad profesional. En el campo de la salud el argumento biológico es el único válido y su visión del mundo se ha convertido en hegemónica. En este contexto, se piensa que las materias humanísticas no aportan valor, más allá de proporcionar cierta cultura profesional. Pero cultura en el sentido individual de la palabra, en aquella acepción que apela al conocimiento adquirido sobre un pasado remoto y las ideas y acciones de unos profesionales de otros tiempos. Aporta simplemente erudición, pero poco valor técnico que se traduzca en términos de salud.

La otra perspectiva del término *cultura*, es la que interesa abordar aquí. Cultura en el sentido más amplio de la palabra, que nos habla de los modos en que grupos humanos se comportan para adaptarse y desenvolverse en el entorno que les rodea, mediante artefactos artificiales tales como herramientas, costumbres, ritos, instituciones; pero también conocimientos compartidos que permiten dar orden y significado a su universo, explicando cómo es la realidad que les rodea y dotándola de normas, valores y una visión particular del mundo. Y es esta acepción social del término cultura, la que considero más importante. Parafraseando a Levy Strauss, la naturaleza del ser humano es la cultura. Cuando analizamos los comportamientos de los grupos sociales, nos resulta difícil encontrar alguno puramente biológico que obedezca a mecanismos estímulo-respuesta. Todo comportamiento está mediatizado por algún elemento cultural. Eso es lo que nos ha permitido, siendo una de las especies que dispone de un aparato biológico más escaso, colonizar todos los ecosistemas planetarios.

La razón por la que consideramos la realidad cotidiana como algo natural es que los elementos más importantes de la cultura, los conocimientos, los valores y las prácticas sociales, los apreendemos en la socialización primaria, los “in-corporamos” a nuestro acervo cultural de manera inconsciente, por observación e imitación de nuestros mayores. Tenemos experiencia directa de un mundo de relaciones y de rutinas compartidas que constituyen lo que consideramos sentido común, lo natural y autoevidente y que no necesita verificación alguna. Nuestros gustos alimenticios o las prácticas sanitarias son una parte de esa percepción del mundo, las profesiones y los campos de conocimiento de las ciencias, otra. La cultura genera unas inercias sumamente persistentes en la historia, lo que les confiere un poderoso valor explicativo de las cosmovisiones actuales.

Los grupos profesionales también tienen cultura propia. Ninguna profesión surge espontáneamente en la naturaleza. Las profesiones son grupos humanos que se han especializado en atender una necesidad que las personas no saben, no quieren o no pueden encargarse de ellas individualmente. Surgen así colectivos profesionales que se responsabilizan de su cobertura y para ello disponen de unos conocimientos y habilidades especiales. Por ello son reconocidos por la sociedad, que les confieren legitimidad para encargarse de esa tarea concreta. Esta relación recíproca genera

prácticas y expectativas, tanto de los expertos como de sus usuarios; genera conocimientos; y también normas y valores. Y todo ello no se produce por declaración formal de instituciones, sino por una práctica social que se va consolidando en el tiempo y que se transmite de generación en generación. Por eso las conductas profesionales son antes de la ética que de la legislación. Por eso, esta imagen no se puede entender si no se entiende en la historia; si no consideramos cómo fue antes y a qué razones obedece su estado en lugares y momentos concretos, así como su evolución, sus cambios y sus transformaciones.

La historia nos permite conocer al ser humano y a las sociedades que construye en toda su diversidad y complejidad. Si bien la salud y la enfermedad tienen una base biológica, esos estados se dan en un ser humano que lo vive en una sociedad con la que mantiene relaciones complejas. La historia, pero también la ética y la antropología, se convierten en el principal aliado de un pensador crítico, al presentarle los fenómenos sociales en toda su variabilidad y le permite un análisis racional complejo, profundo y amplio, por atender elementos que cambian influidos por factores temporales y contextuales, proporcionando distintas perspectivas teóricas. En definitiva, nos enfrenta a la diversidad, a la ambigüedad, al cambio y nos muestra hasta qué punto la cotidianidad de las prácticas humanas es diversa; hasta qué punto lo natural en el ser humano es cultural, y en qué medida lo cultural no se entiende si no se entiende su historia.

Coincidiendo con la Declaración de Ribeirão Preto, pensamos que los graduados en enfermería del siglo XXI se enfrentarán a nuevos retos, a nuevas amenazas, a nuevos conocimientos, para los que necesitarán una robusta formación técnica pero también humanística. Para lograrlo, los firmantes proponen unas recomendaciones para la enseñanza de la Historia de la enfermería:

1. La inclusión obligatoria de la Historia de la enfermería y las competencias relacionadas en los planes de estudio de todos los programas de enfermería de pregrado y posgrado.
2. En los programas de pregrado, la enseñanza de la Historia de la enfermería debe incluir la historia de los cuidados.

3. Se recomienda que la Historia de la enfermería se incluya en los programas de pregrado, con un mínimo de 30 horas exclusivamente para esta asignatura, incluyendo un proyecto de investigación histórica.
4. Las sociedades de Historia de la enfermería deben participar en la educación continua de profesores a través de conferencias, cursos y otra programación.
5. Se deben construir redes internacionales que conecten a enfermeras historiadoras o historiadores de las ciencias de la salud para intercambiar experiencias y proporcionar educación continua.
6. En el nivel de posgrado, los historiadores de enfermería deben promover la investigación y los métodos utilizados en la investigación histórica.
7. Deben incorporarse métodos creativos y estimulantes en la enseñanza de la Historia de la enfermería.
8. En países con especialización, licenciatura o exámenes de pregrado, debe incluirse contenido relacionado con la Historia de la enfermería.

Desde el Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería nos sumamos con entusiasmo a la Declaración de Ribeirão Preto y asumimos sus recomendaciones como objetivos estratégicos de nuestro grupo, haciendo un esfuerzo consciente y coordinado para incorporar contenidos de Historia de enfermería en el currículum de los estudios.

1st ICoHNE

International Congress on the
History of Nursing Education



5th Colloquium of the Brazilian
Academy of Nursing History
(ABRADHENF)

2nd Symposium of the Laboratory
for Nursing History Studies
(LAESHE)

NOVEMBER 28 - 30, 2019

RIBEIRÃO PRETO-SP, BRAZIL

Statement from Ribeirão Preto (Brazil) for Nursing History Education

Considering the organization of the *1st International Congress on the History of Nursing Education (ICoHNE)*, the *5th Colloquium of the Brazilian Academy of Nursing History (ABRADHENF)*, and the *2nd Symposium of the Laboratory for Nursing History Studies (LAESHE)* and its developments through the involvement of different leaders in the area of Nursing History from different countries, and participants of this event, the president of the event invited those leaders to build a collective voice our defense of Nursing History Education, using this event as a space for the dissemination and validation of the present statement.

The Global State of Nursing History Education

In 1917, the National League of Nursing Education in the United States implemented the first standardized curriculum in nursing. This initial curriculum shaped nursing curriculum globally, offering a model for other countries to adapt based on their own national priorities. However, the global nursing profession, as well as its curriculum, has evolved significantly over the past century.

Today, nursing curriculum in the U.S. is largely driven by the Commission on Collegiate Nursing Education (CCNE) and the National Council of State Boards of Nursing. Together, these organizations regulate what is taught and valued in nursing programs, and have left little room for the history of nursing. In 2001, the American Association for the History of Nursing published a position paper advocating for the inclusion of nursing history in graduate and undergraduate U.S. nursing curriculum. However, these recommendations remain unadopted, and the vast majority of nursing schools have completely removed nursing history from their curriculum.

In 2015, the Canadian Association for Schools of Nursing (CASN) identified nursing history as an essential component of foundational knowledge for baccalaureate education in its National Nursing Education Framework. This new framework prompted nursing leaders across the country to mandate the inclusion of nursing history into undergraduate curricula. However, there are few professors that are prepared, and limited teaching resources, available that are specific to the history of nursing in Canada. As a result, nurse historians have created new online resources about the history of Canadian nursing.

In Spain, there is much to do. An increasing number of educators have a greater preparation in the history of nursing and historical methodology, which has made history more universally attractive. However, in the Health Sciences, educators are not given enough time to teach history in the curriculum. Nurses have achieved many of their goals in history, but continue to fight for more recognition. It is essential that nurses know where they came from and where they are going. The history of nursing must be taught in its historical, anthropological, cultural, social and ideological context. In addition, the curriculum must be oriented to global, national, and local nursing history.

In Portugal, nursing history is present in undergraduate courses, in official nursing curricular programs, in optional curricular units, or in modules within larger curricular units. A common goal for nursing schools is that nursing students know and

Ribeirão
from
20
JH

1
JH



understand the history of nursing. This same goal is shared by national nurse historians, which make an important contribution to advising and developing research in nursing history at all levels.

In Brazil, the history of nursing education, strongly influenced by the Standard Curriculum for Schools of Nursing, has survived most of the Brazilian curriculum changes. Considering that resolutions for nursing education in Brazil were mandatory, nursing schools were required to teach nursing history. This demand, arising from a legal mandate, caused important deviations that has led to much criticism today.

Barriers to Integrating Nursing History in Curricula

In some areas of the world, nursing history is absent from the curriculum. The undergraduate and graduate nursing curriculum is heavily regulated and formed based on accreditation standards from several different organizations which provides standards for curriculum, evaluate the quality of nursing programs, and/or develop the examinations given to all graduating nurses and advanced practice nurses. Pressures from these and other stakeholders in nursing education leave little room for content in curriculum that is not mandated or prioritized by these stakeholders. As a result, important knowledge and education in the humanities, including the history of nursing, are often minimized or nearly absent from the curriculum. Some programs created courses about professional nursing, which may include historical perspectives, however it is not consistent.

When history is included, some educators focus solely on the influential ideas of Florence Nightingale or biographic historiography. Consequently, very few students are exposed to a broad overview of local or regional nursing history or are introduced to other nursing leaders. Faculty often have no experience in the area, are unfamiliar with conducting or using historical research, use antiquated data or references, or present the material without using engaging or creative teaching methods. These issues have limited the potential for engaging students in Nursing History, and the impact it can have on the nursing profession and identity.

Nursing graduates around the world will face challenges in the next decades as they respond to the complexities of healthcare and the knowledge explosion of the 21st century. Creative approaches will be necessary to enhance the student's cognitive flexibility and receptivity. While the debate continues concerning the technical elements that should be present in nursing education, the temptation to base curricular decisions on technical knowledge, overlooking the relevance of other elements, is short-sighted. Nurses in the 21st century will need more than science and technological skills; they will need a greater sensitivity to contextual variables and ambiguity if they are to critically evaluate the information they receive.

The Importance of Incorporating Nursing History into Curricula

In the twentieth century, objectivity was singularly valued; scientific research methods and evidenced-based practice were the only path to professional credibility. However, this philosophy may have silenced the artistic, "non-quantifiable" elements of nursing, critical to the healing process and nurse-patient relationship.

Handwritten notes:
 Helen
 GEM
 2
 JAH

Handwritten notes:
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]

1st ICoHNE

International Congress on the
History of Nursing Education

NOVEMBER 28 - 30, 2019



5th Colloquium of the Brazilian
Academy of Nursing History
(ABRADHENF)

2nd Symposium of the Laboratory
for Nursing History Studies
(LAESHE)

RIBEIRÃO PRETO-SP, BRAZIL

Teaching students new ways of thinking about increasingly complex and new health care problems are critical to the future success of our profession, our patients, their families, and our communities. Reading history expands the students' knowledge base and promotes an understanding of the social and intellectual origins of the profession and helps students comprehend the context, meaning, and significance of the nursing profession and healthcare, and is a valuable tool to understand and address the complex cultural, anthropological, social and political struggles that students, patients, and colleagues experience in their daily lives.

The appreciation of nursing history teaching fosters self-appreciation in nursing, which has the potential to promote the retention of nursing students, because the lack of interest in the courses seems as worrying as the level of attrition. Local, regional, national, and international history is very important for the development of identities and a sense of belonging. The history of nursing fosters professional identity.

It is necessary to educate competent professionals who are also aware of the legacy of care in human history and the immense relevance of nursing within national health policies and the improvement of world health. Without teaching the history of nursing we may miss the opportunity to form leaders who will fight to advance this legacy. Nursing does not exist in an unpredictable vacuum. The social and ideological pressures that have shaped nursing in the past persist today in new forms. Today's challenges are not easily understood nor addressed in the absence of such insight. For example, today we are faced with yet another nursing shortage as in the 20th century, it can provide valuable lessons for addressing the current situation. This wealth of historical nursing knowledge should not be ignored; however, it will be largely forgotten unless conscious and coordinated effort is made to embed historical nursing content within nursing education curriculum.

Recommendations for the Teaching of the History of Nursing

To support the strength of teaching history in nursing education, the scientific societies that signed this letter present the following recommendations:

1. The mandatory inclusion of nursing history and related competencies in the curricula of all undergraduate and graduate nursing programs,
2. In undergraduate programs, the teaching of history of nursing should include the history of care.
3. Considering the challenges regarding the recruitment and retention of students and the shortages of nursing in 21st century, we recommend that nursing history is included in undergraduate programs, with a minimum of 30 hours exclusively for this subject. The course should include a historical research project.
4. The history of nursing societies must be involved in the continuing education of professors through conferences, courses and other programming.
5. International networks connecting nurse historians must be constructed to exchange experiences and provide continuing education.

1st ICoHNE

International Congress on the
History of Nursing Education

NOVEMBER 28 - 30, 2019



5th Colloquium of the Brazilian
Academy of Nursing History
(ABRADHENF)

2nd Symposium of the Laboratory
for Nursing History Studies
(LAESHE)

RIBEIRÃO PRETO-SP, BRAZIL

6. At the graduate level, nursing historians must further the research and methods used in historical research, and involve nursing faculty with the results to initiate new discussions and explore new themes.
7. Creative methods must be incorporated into the teaching of nursing history. We recommend faculty support in the creation of engaging teaching methodologies and unconventional sources in conjunction with scholarly works. The students also must be encouraged to produce knowledge using these modalities. The use of technology, innovation and social media is recommended to expand the reach and impact of nursing history.
8. In countries with specialization, licensure, or undergraduate examinations, content related to the history of nursing should be included.

Including nursing history into the curriculum will allow us to educate rather than "train" our students. In so doing, we will give them a sense of professional identity, a useful methodological research skill, and a context for evaluating information. This international effort is a bold and important step towards a coordinated effort to integrate nursing history curriculum into schools of nursing around the world. Therefore, strengthening this discussion at an international level is critical.

Ribeirão Preto, Brazil, November 30, 2019.

Luciana Barizon Luchesi, Ph.D., RN, BA.
Coordinator

Professor, University of São Paulo at Ribeirão Preto School of Nursing
Leader of Laboratory for Nursing-History Studies (LAESHE). Brazil.

Fernando Porto, Ph.D., RN, BA.

Professor, Federal University of State of Rio de Janeiro, Alfredo Pinto School of Nursing. Vice-Leader of Laboratory for Nursing History Studies (LAESHE). Brazil.

Almerinda Moreira, Ph.D., RN.

President of the Brazilian Academy of Nursing History (ABRADHENF). Brazil.

Taka Oguisso, Ph.D., RN, BA.

3rd Vice President of the Brazilian Academy of Nursing History (ABRADHENF).
Brazil.

Com

4

1st ICoHNE

International Congress on the
History of Nursing Education

NOVEMBER 28 - 30, 2019



5th Colloquium of the Brazilian
Academy of Nursing History
(ABRADHENF)

2nd Symposium of the Laboratory
for Nursing History Studies
(LAESHE)

RIBEIRÃO PRETO-SP, BRAZIL

Arlene Keeling, Ph.D., RN, FAAN
Professor Emeritus, University of Virginia.
President, American Association for the History of Nursing. USA.

Gwyneth Milbrath Ph.D., RN, MPH.
Clinical Assistant Professor, University of Illinois Chicago.
1st Vice President, American Association of the History of Nursing. USA.

Helen Vandenberg, Ph.D. RN.
Assistant Professor, University of Saskatchewan.
President, Canadian Association for the History of Nursing. Canada.

Lydia Wytenbroek, Ph.D., RN.
Instructor, University of Lethbridge. Past President, Canadian Association for the
History of Nursing. Canada.

Carlos Louzada L. Subtil, Ph.D. RN
President of Portuguese Society for the History of Nursing. Portugal.

Paulo Joaquim Pina Queirós, Ph.D. RN
Portuguese Society for the History of Nursing. Portugal.

Francisco-Javier Castro-Molina, Ph.D. RN
Professor, University of La Laguna, N^a S^a La Candelaria School of Nursing.
President of the Canarian Association of Professional Nursing History. Member of the
Permanent Seminar of Investigation in the History of Nursing. Spain.

HISTORIA

LA ENFERMERÍA Y LA CASA REAL ESPAÑOLA

NURSING AND ROYAL SPANISH HOUSE

Francisco Glicerio Conde-Mora¹, Francisco Javier Castro-Molina², Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz³, Juan Plaza-Torres⁴.

¹ CUE Salus Infirmorum de Cádiz, adscrito Universidad de Cádiz; ²Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Universidad de La Laguna; ³Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad; ⁴Teniente Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad.

Correo electrónico: franciscogconde@hotmail.com

Recibido: 02/01/2020
Aceptado: 27/02/2020

Resumen

En el presente artículo analizaremos cómo la Casa Real Española ha estado muy vinculada a la Enfermería con claros ejemplos en sus diversas ramificaciones durante los siglos XIX y XX, una profesión que eligieron no sólo miembros de la realeza en España sino también en Rusia, Grecia, Rumania, Bélgica y Gran Bretaña. Se convirtieron con sus regios cuidados en el rostro humanitario de la realeza.

Palabras clave: Enfermería-Casa Real-Cruz Roja

Abstract

In this article we will analyze how the Spanish Royal House has been closely linked to Nursing with clear examples of its various ramifications during the 19th and 20th centuries, a profession chosen not only by members of royalty in Spain but also in Russia, Greece, Romania, Belgium and Great Britain. With their royal care they became the humanitarian face of royalty.

Keywords: Nursing-Royal House-Red Cross

1. Enfermeras en las Casas Reales de Europa

En la segunda mitad del siglo XIX y durante el siglo XX encontramos ejemplos como Alexandra, la última zarina de Rusia, esposa de Nicolás II Romanov; la Reina María de Rumania; Princesa Marina, duquesa de Kent; y la princesa Alicia de Grecia (madre del actual duque de Edimburgo, esposo de Isabel II del Reino Unido) se encontraban entre las mujeres de las Casas Reales que dieron un ejemplo con sus cuidados y han sido recogidas por Coryne Hall en su libro *Princesses on the Wards: Royal Women in Nursing through Wars and Revolutions*, publicado en el año 2014. En este artículo trataremos las mujeres de la Casa de Borbón que destacaron como enfermeras durante los siglos XIX y XX (Hall 2014).



Imagen 1. La Casa Real de Rusia con la Cruz Roja



Imagen 2. Reina María de Rumanía visitando a un enfermo en 1917.

2. Enfermeras de la Casa Real de Borbón. De la III Guerra Carlista a la I Guerra Mundial

Desde la segunda mitad del siglo XIX tenemos ejemplos de mujeres de las distintas ramas de la Casa de Borbón que prestaron sus cuidados a heridos y enfermos en hospitales. Uno de los primeros ejemplos lo tenemos en la rama carlista de la dinastía borbónica, durante la III Guerra Carlista (1872-1876). Nos referimos a Doña Margarita de Borbón-Parma la esposa del Duque de Madrid —conocido por sus partidarios como "Carlos VII"—.

Doña Margarita de Borbón-Parma impulsó la labor asistencial en los hospitales de campaña siendo conocida con el apelativo del *Ángel de la Caridad*. Se destacó por sus cuidados a los heridos en los nosocomios de campaña, enfatizando su actuación en el Hospital establecido en el Monasterio de Irache, cerca de Montejurra, la "Montaña Sagrada de la Tradición". Fundó la Asociación Católica para Socorro de Heridos "La Caridad" (la "Cruz Roja" carlista) (Parés 1977, Larraz 2005).



Imagen 3. Doña Margarita de Borbón-Parma



SELLO DE LA ASOCIACION CARLISTA «LA CARIDAD»
PARA SOCORRO DE HERIDOS.

Imagen 4. Emblema de la Caridad

Su recuerdo quedó presente dentro del Carlismo. Recordemos cómo en abril de 1919, fue creada en Pamplona la “Asociación de Margaritas de Navarra”, que pretendía aglutinar las actividades de todas las mujeres, bajo el nombre y modelo de doña Margarita de Borbón. El 22 de mayo de ese mismo año quedaba inscrito oficialmente en el Registro de Asociaciones del Gobierno Civil de Pamplona (Solórzano 2010).

No fue el único caso dentro de la rama carlista de la Casa de Borbón dedicada a la Enfermería. Debemos señalar cómo su hija D^a Alicia de Borbón y Borbón-Parma (Pau, 29 junio 1876 — Bargecchia, 20 enero 1975) acompañó en 1901 a su hermano D. Jaime —que servía en el ejército del Zar Nicolás II en la expedición destinada a combatir a los Boxers—.



Imagen 5. Doña Alicia de Borbón Parma, hija del pretendiente Carlos María de los Dolores “Carlos VII”, enfermera en China. (Fuente: *La Ilustración Artística*. Año XX. Barcelona, 21 de enero de 1901, número 995, p. 66).

También dentro de la rama carlista debemos señalar la excelente labor humanitaria realizada a lo largo de su vida por Doña María de las Nieves de Braganza, casada con D. Alfonso de Borbón y Austria-Este, titulado duque de San Jaime y duque de Anjou — hermano de D. Carlos de Borbón y tío de la anterior—.



Imagen 6. Doña María de las Nieves de Braganza y Borbón, esposa de D. Alfonso Carlos, último pretendiente descendiente directo de D. Carlos María Isidro de Borbón

Doña María de las Nieves de Braganza fue hija de D. Miguel de Braganza (Lisboa, Portugal, 26 octubre 1802 — Karlsruhe, Alemania, 14 noviembre 1866), rey de Portugal. Su marido fue pretendiente de la rama carlista al trono de España, con el nombre de Alfonso Carlos I, entre 1931 y 1936. También fue jefe de la Casa de Borbón y pretendiente legitimista al trono de Francia.



Imagen 7. Esquela de Doña María de las Nieves de Braganza y Borbón

Al igual que Doña Margarita de Borbón Parma, D^a María de las Nieves de Braganza fue muy respetada por su labor durante la III Guerra Carlista. Escribió un libro titulado *Mis memorias sobre nuestra campaña en Cataluña en 1872 y 1873 y en el Centro en 1874* (Madrid: Espasa-Calpe, 1934). (Borbón-Parma 1934).

Durante la I Guerra Mundial, residió en el Imperio Austro-Húngaro y, viviendo en Viena, puso en funcionamiento y dirigió personalmente un centro hospitalario destinado a recibir donaciones de sangre para los soldados heridos en la Gran Guerra.

En la ilustración (Imagen 6) podemos verla con su uniforme de enfermera durante la I Guerra Mundial en *Ebenzweier* cerca de Altmünste en la Alta Austria. Fallecida en Viena en 1941 en plena II Guerra Mundial.

No sólo tenemos ejemplos de enfermeras de sangre real en la rama carlista de los Borbones. También en la rama isabelina tendríamos a SAR la Infanta Doña Paz de Borbón, hija de Isabel II y hermana del rey Alfonso XII. Casada con D. Luis Fernando de Baviera —perteneiente al cuerpo médico del Real Ejército Español, además de cirujano honorario de la Real Academia Española—, ambos cónyuges residieron gran parte de su vida en Alemania—(Álvarez 2011).



Imagen 8. S.A.R. Doña Paz de Borbón y su esposo D. Luis Fernando de Baviera

Durante la I Guerra Mundial trabajó como enfermera en colaboración con la Cruz Roja. Recordemos cómo la España de su sobrino Alfonso XIII había permanecido neutral, pero la infanta estuvo en contacto con el rey Alfonso XIII para que la ayudase a localizar a los desaparecidos o heridos que se pudieran encontrar en hospitales de los enemigos de Alemania. Se conservan y se han consultado las *Memorias de la infanta D^a Paz de Borbón*, publicadas en 1917.

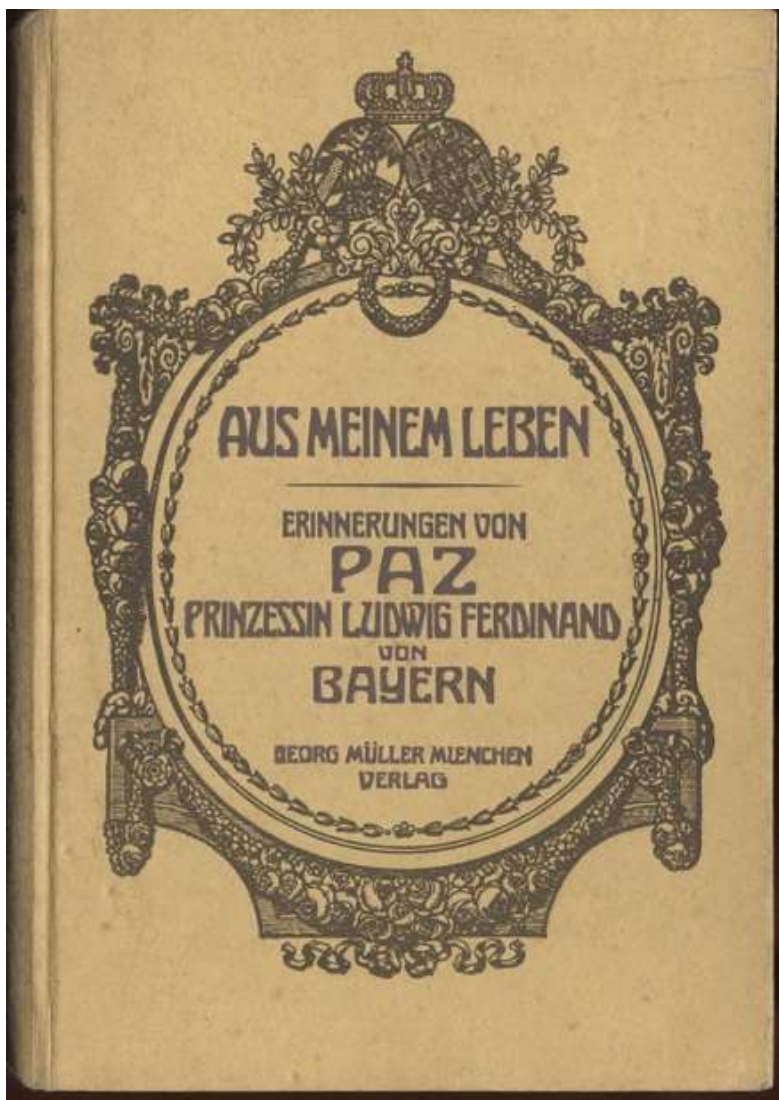


Imagen 9. Memorias de la infanta Doña Paz de Borbón, publicadas en 1917

Asimismo, Doña Paz de Borbón tras finalizar la Guerra Civil española, ayudó a los emigrados españoles partidarios de la II República. Su hermana la Infanta Doña Eulalia de Borbón, (Madrid, 12 febrero 1864-Irún, Guipúzcoa, 8 marzo 1958), también hermana

de Alfonso XII, residió en Francia, atendiendo a los heridos durante la I Guerra Mundial, en varios hospitales de París (García Louapre 1995).

3. La Cruz Roja y la Reina Victoria Eugenia

Sin embargo, la gran impulsora de la Cruz Roja en España —siendo retratada en numerosas ocasiones como enfermera de la Cruz Roja— fue la reina Doña Victoria Eugenia de Battenberg, esposa de Alfonso XIII (1886-1931). Hija de la reina Victoria, nacida en Aberdeenshire (Escocia) el 24 de octubre de 1887, en el Castillo de Balmoral. En el ambiente familiar fue conocida como "Ena".



Imagen 10. La reina Victoria Eugenia en su infancia con una enfermera

Lo cierto es que la expansión de la institución humanitaria fundada en Ginebra por Henry Dunant (1828-1910) tuvo en la Casa Real a una gran valedora. No sólo la reina D^a Victoria Eugenia; el infante D. Fernando de Baviera y Borbón —hijo de una enfermera y un médico—.



Imagen 11. Sello de 20 céntimos con Alfonso XIII, Victoria Eugenia y sus hijos.



Imagen 12. S.A.R. el infante D. Fernando de Baviera y Borbón. Comisario regio de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española Fuente: BNE/ ER 4314 (239)

Fueron muchas las visitas a heridos y enfermos en las Campañas de Marruecos realizadas por Su Majestad la reina Doña Victoria Eugenia, sus hijas las infantas Doña Beatriz y Doña Cristina de Borbón y el infante D. Fernando de Baviera.

4. Dos Damas de la Cruz Roja: Las infantas D^a Beatriz de Borbón y D^a Cristina de Borbón

En la tesis doctoral de Marta Mas titulada *El cuerpo de damas enfermeras de la Cruz Roja Española: Formación y contribución a la labor cuidadora y social* dirigida por el Dr. José Siles, Doña Beatriz de Borbón realizó los estudios de Dama Enfermera, sirviendo en Madrid en el dispensario que lleva el nombre de su madre la reina Victoria Eugenia. La infanta Doña Beatriz de Borbón obtuvo su título como Dama Enfermera de Segunda Clase el 20 de junio de 1928, consiguiendo un año más tarde, el 17 de junio de 1929, el de Dama de Primera Clase. Su número en el escalafón era 3180 (Mas 2016).

Notas importantes de Madrid y Sevilla



EN EL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA, S. A. R. LA INFANTA DOÑA CRISTINA, QUE EMPIEZA ESTE AÑO SUS LECCIONES COMO DAMA ENFERMERA DE LA CRUZ ROJA, ASISTE AL ACTO DE INAUGURACION DE CURSO. (Fot. Fidal)

Imagen 13. S.A.R. la infanta Doña Cristina en la inauguración del curso en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Año 1930.

Su hermana menor la infanta Doña María Cristina de Borbón, nacida en el Palacio Real de Madrid el 12 de diciembre de 1911, se tituló el 26 de junio de 1930 como Dama Enfermera de Segunda clase (escalafón 3610). La llegada de la II República la hizo salir de España no llegando a titularse como Dama de Primera clase como lo había sido su hermana la infanta D^a Beatriz. Al igual que su hermana, contrajo matrimonio con un noble italiano en 1940, el conde Marone-Cinzano, D. Enrico Eugenio Antonio Marone. Falleció en Madrid el 23 de diciembre de 1996.

José M. Tavera recoge en su libro *Los últimos días 12, 13, 14 y 15 de abril de 1931* cómo las últimas palabras de Doña Victoria Eugenia antes de abandonar Madrid y marchar al exilio fueron: “Cuiden de mi Cruz Roja” (Tavera 1965, p. 321). Una de sus hijas, D^a María Teresa Marone Borbón, estudió Diplomatura de Niños en la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum graduándose en 1966.



Imagen 14. Sello de la reina Victoria Eugenia de Battenberg.



Imagen 15. Victoria Eugenia con uniforme de la Cruz Roja

Lo cierto es que gracias a la Casa Real se reorganizó y consolidó la Cruz Roja Española, fundándose el Hospital de San José y Santa Adela, en Madrid, en la Avenida Victoria Eugenia y de otros nosocomios en Sevilla y Barcelona.



Imagen 16. Estatua erigida en Barcelona a la reina Victoria Eugenia con su uniforme de enfermera. Este monumento ya no existe en la actualidad.

A la reina Victoria Eugenia se le debe además de la creación de la Escuela de Enfermeras, el impulso contra la Tuberculosis a través del Patronato Antituberculoso y la Liga contra el Cáncer. Destacar también, la labor realizada desde España, durante la I Guerra Mundial, en gran parte debida gracias a las gestiones de la Reina (Hijano 2007).

Tras su marcha al exilio en 1931, en 1968 volvió desde su residencia en Suiza brevemente a España con motivo del bautizo del hijo varón de los reyes Juan Carlos y Sofía, el príncipe Felipe de Borbón —actual rey Felipe VI—, del que también fue madrina. En esta ocasión, se entrevistó con el general Franco y su esposa, de quienes Alfonso XIII y ella habían sido padrinos de boda, en 1923. Murió en 1969, en su casa de Lausana (Suiza), acompañada de su familia.



Imagen 17. Reina Victoria Eugenia durante un acto.
Fuente: Archivo de la Comunidad de Madrid ARCM 201-001-25646, 1968-02-09

5. Las Enfermeras de la rama Borbón-Orleans

Hemos hablado de las mujeres de la cama carlista y las de la Casa Real reinante. Toca ahora hablar de las representantes de la rama de los Borbón-Orleans que se destacaron por llevar el uniforme de enfermera. Es el caso de Doña Elena de Orleans (1871-1951) hija de Felipe de Orleans (1838-1894) —conde de París y pretendiente orleanista al trono de Francia bajo el nombre de “Felipe VII”— y María Isabel de Orleans Montpensier (1848-1919), infanta de España. Casada en 1895 con Emmanuel Filiberto de Saboya, hijo de Amadeo de Saboya —recordemos que brevemente fue rey de España entre 1871 y 1873—.

Doña Elena dirigió el Cuerpo de Enfermeras de la Cruz Roja Italiana durante la I Guerra Mundial, en la que Italia participó entre los años (1915-1918), obteniendo por los méritos la Medalla de Plata al Valor Militar (Albanese 2007).



Imagen 18. Doña Elena de Orleans

Destacar también a su hermana Doña Luisa Francisca María Laura de Orleans, nacida en Cannes, al sur de Francia, el 4 de febrero de 1882. Princesa de Orleans por nacimiento, infanta de España por concesión del rey Alfonso XIII y princesa de las Dos Sicilias por su matrimonio. Fue muy destacada su labor en Andalucía, en la capital hispalense donde residía. En la antigua Cruz Roja de Capuchinos de Sevilla (Hospital Victoria Eugenia) encontramos un azulejo con el texto siguiente:

*REINANDO EN ESPAÑA S M EL
REY D ALFONSO XIII (QDG)
Y SIENDO PRESIDENTA DE LA CRUZ ROJA DE SEVILLA
SAR LA SERMA SRA D^a LUISA FRANCISCA DE ORLEANS
INFANTA DE ESPAÑA
FUE INAUGURADA SOLEMNEMENTE
ESTA CLINICA DISPENSARIO
11 DE NOVIEMBRE DE 1923*

Casada con el príncipe-infante Carlos de Borbón-Dos Sicilias (1870-1949), fue madre de Doña María de las Mercedes de Borbón Orleans —casada con D. Juan de Borbón hijo de Alfonso XIII, ambos condes de Barcelona y padres del rey D. Juan Carlos I—. Tras la proclamación de la II República marcharon al exilio a Italia y a Suiza. Finalizada la Guerra Civil, regresaron a la capital hispalense donde tuvo lugar su óbito el 18 de abril de 1958. No debemos olvidar que además de la reina Doña Victoria Eugenia, tenemos otra princesa de origen británico que fue enfermera. Se trata de Doña Beatriz de Sajonia Coburgo-Gota (Eastwell Park, Kent, Gran Bretaña, 20 abril 1884 — Sanlúcar de Barrameda, Cádiz, 13 julio 1966) —.

Fue infanta de España, vinculada a la Casa de los Borbón-Orleáns, por su enlace con D. Alfonso de Orleans, primo de Alfonso XIII. Esta nieta de la reina Victoria de Inglaterra, fue enfermera durante la Guerra Civil, entre los años 1937 y 1939. Recordemos que el emblema del Ejército del Aire fue diseñado por esta infanta de origen británico. Su diseño estuvo inspirado en el techo de la biblioteca egipcia del Palacio de Sanlúcar de

Barrameda. Así lo recogió su marido el infante D. Alfonso en un artículo en la Revista Aeronáutica en (1962) titulado “Nuestro Emblema”.



Imagen 19. S.A.R. la Infanta Luisa Francisca de Orleans de Borbón, presidenta de la Cruz Roja de Sevilla



Imagen 20. La infanta Doña Beatriz de Sajonia.



Imagen 21. Monumento a la infanta Doña Beatriz en Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

6. Enfermeras de la Casa de Borbón en la Guerra Civil

Ya hemos visto el servicio prestado como enfermeras en la III Guerra Carlista y en la I Guerra Mundial por mujeres de sangre real. Lo cierto es que durante la sangrienta Guerra Civil fueron varias las que desempeñaron su labor como enfermeras en el Bando nacional. Es el caso D^a María de la Esperanza Borbón y Orleáns (15 noviembre 1909-Las Rozas, Madrid, 11 mayo 1996), hija del infante de España Carlos de Borbón y de la princesa Luisa de Orleans, y de su hermana D^a María de los Dolores Borbón y Orleáns, que también fue enfermera con las tropas nacionales, sirviendo en el frente norte, en San Sebastián.



Imagen 22. Revista Firmes Año I, Madrid octubre 1953, número 3, p. 4

Descendiente también del rey de los franceses Luis Felipe I, fue Doña Enriqueta de Borbón y Parade, IV Duquesa de Sevilla (1885-1968) que también participó como enfermera en la Guerra Civil. También en esta contienda fratricida, citar a otras descendientes de los Borbones como Doña Dolores Barón y Ossorio de Moscoso, biznieta de Doña Luisa Teresa de Borbón y Borbón y Doña Isabel Esteban e Irauzo — esposa de Enrique María de Borbón y de León—, que también fueron enfermeras del bando nacional.

No debemos olvidar a Doña María de las Mercedes de Baviera y Borbón (1911-1953) que sirvió como enfermera militar en Zaragoza. Hija de S.A.R. Doña Paz de Borbón y su esposo D. Luis Fernando de Baviera, María de las Mercedes pertenecía a la Orden de Malta. Fue dama enfermera de la Cruz Roja Española, dama auxiliar de Sanidad Militar de primera clase. En la *Revista Firmes*, publicación de la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum encontramos esta imagen con su hermano mayor el infante D. Luis Alfonso de Baviera y Borbón (1906-1983), ambos sobrinos de Alfonso XIII y nietos de Alfonso XII. Nuevamente aparecen enfermeras de la Casa de Borbón vinculadas a la rama carlista. Durante la Guerra Civil es el caso D^a Isabel de Borbón-Parma (1898-1984). Hija de D. Roberto de Parma y María Antonia de Braganza, fue enfermera del hospital Alfonso Carlos de Pamplona y hermana de D. Javier de Borbón-Parma, Regente y representante de la Comución Tradicionalista en ese momento (Solé 1993).



Imagen 23. Doña Isabel de Borbón Parma (Solórzano 2010)

7. De la Guerra Civil al siglo XXI

Ya después de la Guerra Civil, fuentes de hemeroteca nos permiten conocer la labor asistencial de varias mujeres de la rama de Borbón-Parma anteriormente mencionada. Es el caso de Doña Ana de Borbón-Parma, hija de D. Renato de Borbón-Parma, que al igual que su tía-la anteriormente mencionada Doña Isabel de Borbón-Parma- y su tía-abuela D^a Margarita de Borbón-Parma- ejerció como enfermera durante un conflicto bélico. En el caso de Doña Ana de Borbón Parma como enfermera de las Fuerzas Francesas Libres (FFL) durante la II Guerra Mundial. Por su labor como enfermera en el bando Aliado en frentes como el Norte de África, Italia, Luxemburgo y Alemania recibió la Cruz de Guerra. Tras finalizar el conflicto casó con el rey Miguel I de Rumanía. (Radu, Prince of Hohenzollern-Veringen 2002)



Imagen 24. Doña Cecilia de Borbón-Parma. Revista *El Requeté*.

En España, es el caso también de Doña Cecilia de Borbón-Parma, —prima de la anterior e hija del anteriormente mencionado D. Javier de Borbón Parma— que ejerció como enfermera primeramente en la leprosería de Fontilles, en el municipio de Vall de Laguar de Alicante, y posteriormente como cooperante junto a su cuñada la princesa Doña Irene de Holanda en Biafra, al NE del Golfo de Guinea. Recordemos que hasta 1968 la actual Guinea Ecuatorial fue española.

Ya más recientemente no podemos olvidar a las hermanas del rey D. Juan Carlos I. Es el caso de S.A.R. Doña María del Pilar de Borbón y Borbón (Cannes, Alpes Marítimos, Francia, 30 julio 1936 — Madrid, España, 8 enero 2020), recientemente fallecida, hija de D. Juan de Borbón y Doña María de las Mercedes de Borbón-Orleans, condes de Barcelona (*Sampedro* 1991, p. 81).

Tras asentarse los condes de Barcelona en Portugal, Estoril, en Villa Giralda, estudió Enfermería en una escuela lusitana, la Escola Superior de Enfermagem (Escuela Superior de Enfermería) Artur Ravara. Cómo afirmaba Ramón Sierra Bustamante en 1965 en su estudio sobre el conde de Barcelona, D^a Pilar de Borbón “No es una *enfermera* ‘snob’ que se entretiene, de cuando en cuando, en auxiliar a las otras *enfermeras*. Podría muy bien poner en sus tarjetas: "Pilar de Borbón y Borbón, infanta de España. Profesión: enfermera” (*Sierra* 1965, p. 187).



Imagen 25. La infanta Doña Pilar de Borbón

Así lo recoge también John D. Bergamini en 1974 “In Estoril Pilar was seriously involved in nursing at the *Hospital de los Capuchos* and relaxed by hunting and moviegoing (...)” (Bergamini 1974, p. 386). En una entrevista en 1967 declaraba “Me gusta conducir. Hasta hace una temporada iba y venía todos los días de Estoril a Lisboa, cuando trabajaba como *enfermera* en un hospital (...). Ese mismo año contrajo matrimonio con D. Luis Gómez Acebo, duque de Estrada, en Lisboa en 1967. Con descendencia en la actualidad”.

La hermana menor de D. Juan Carlos I y Doña Pilar, S.A.R. Doña Margarita de Borbón, también optó por la formación sanitaria. Al igual que el Rey, la Infanta D^a Margarita nació en Roma, un año después que S.M. D. Juan Carlos I, el 6 de marzo de 1939. Con el resto de la familia real pasó a residir en Estoril en 1946.



Imágenes 26 y 27. Izqda S.A.R. la infanta D^a Margarita de Borbón con S.M. el rey D. Juan Carlos. Derecha S.A.R. la infanta D^a Margarita con un bebé en sus brazos (Conde 2008).

Tras el fallecimiento del Infante D. Alfonso, marchó a Salus Infirmorum a Madrid, donde se formó en la Casa del Niño. La Revista *Blanco y Negro* recogía en su número del 6 de junio de 1959, cómo Doña Margarita participó junto a sus compañeras en la peregrinación al Santuario de Lourdes, organizado por Salus Infirmorum y el

Arzobispado de Madrid-Alcalá (*Blanco y Negro*, Madrid, 06/06/1959. p. 34). El diario *ABC* recogió la fiesta de finalización de curso de Puericultura de la promoción de S.A.R en la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum. Casó en la Iglesia de San Antonio de Estoril (Portugal) el 12 de octubre de 1972 con el doctor D. Carlos Zurita, actualmente duques de Soria y Hernani.

Por último, no debemos olvidar a Su Majestad la Reina Doña Sofía de Grecia, esposa de rey D. Juan Carlos I y madre del actual rey de España, Su Majestad Don Felipe VI de Borbón. Hija de los Reyes de Grecia Pablo I y Federica de Hannover, hermana del último rey de los helenos Constantino II, cursó estudios universitarios de Bellas Artes y Arqueología en la Universidad de Atenas y una formación profesional en Puericultura (Mateos 2004).

Al igual que su cuñada S.A.R. la Infanta Doña Margarita— de la que hemos hablado anteriormente— la Reina Doña Sofía se formó como puericultora. Realizó las prácticas de Puericultura en una maternidad de Atenas, llamada *Mitéra* (madre en griego) fundada por su madre, la reina de los helenos Federica de Hannover (Vidal 2001, p. 361). Bajo estas líneas podemos ver imágenes con su informe de Doña Sofía que se ha destacado siempre por su apoyo y fomento de la Enfermería.

8. Conclusiones

En este artículo hemos analizado a las mujeres de las distintas ramas de la Casa Real de Borbón que se destacaron a lo largo de su vida por su vinculación con la Enfermería. Como hemos podido ver las encontramos en conflictos como la III Guerra Carlista, la I Guerra Mundial, la Guerra Civil o en el África Española, mujeres que con sus regios cuidados pasaron a formar parte de la Historia. Como hemos podido constatar en estas páginas, su espíritu de abnegación y sacrificio fueron una constante aún a pesar de encontrarse en lugares como Extremo Oriente o en diferentes bandos de un mismo conflicto.

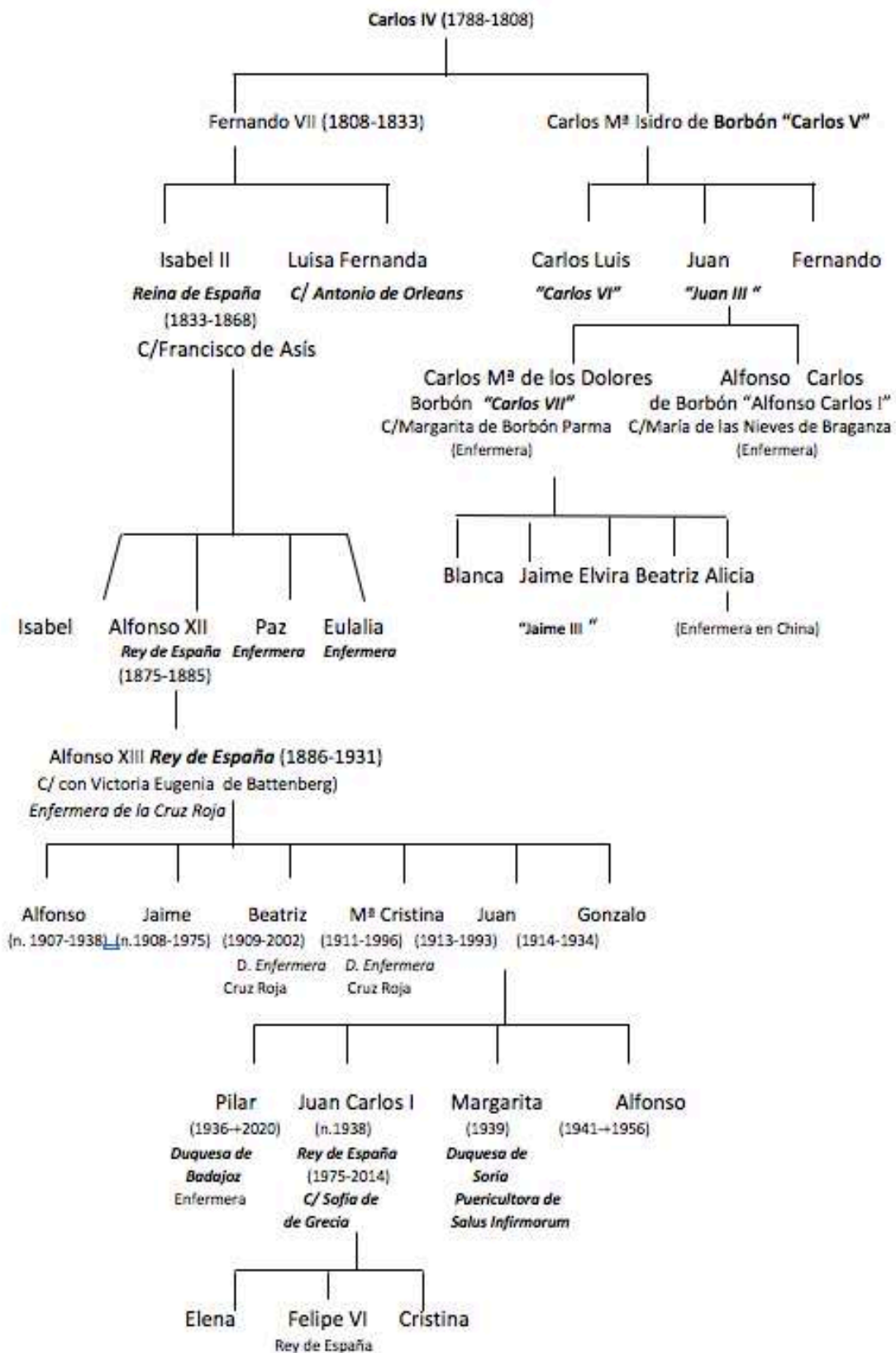


Tabla 1. Genealógica Casa Real de Borbón (España) Ramas Isabelina y Carlista, siglos XIX-XXI.

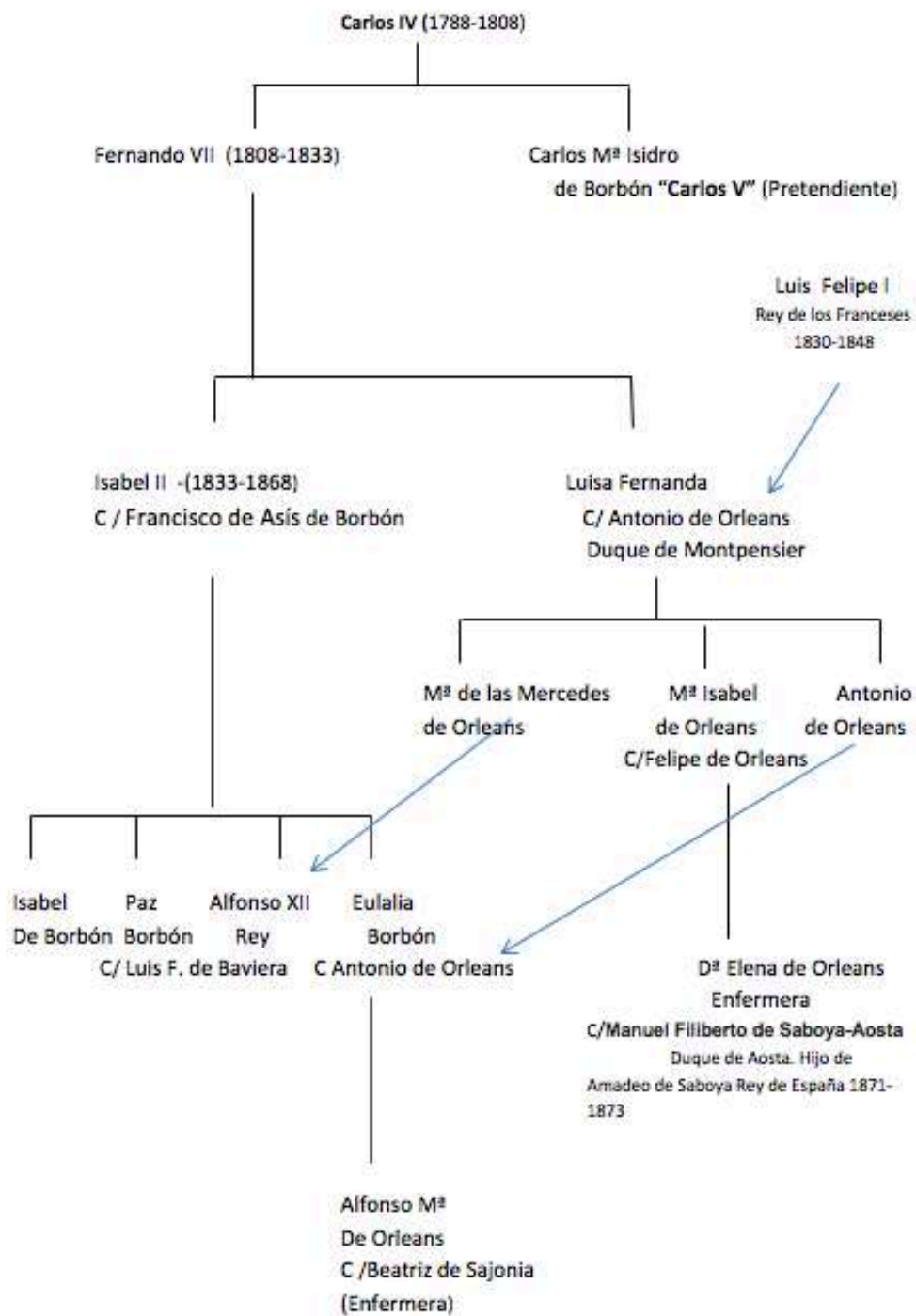


Tabla 2. Genealógica de los Borbón Orleans, siglos XIX y XX.

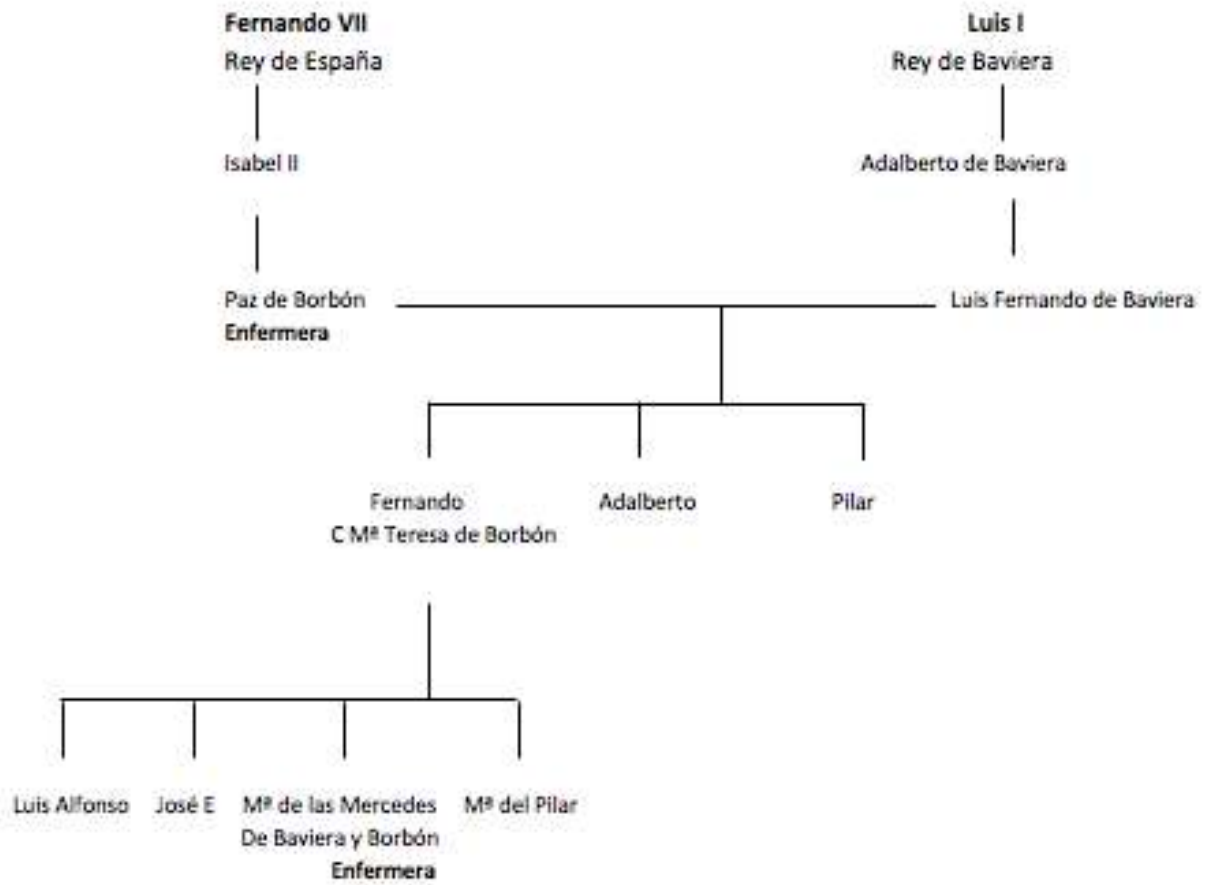


Tabla 3. Genealógica de los Baviera-Borbón

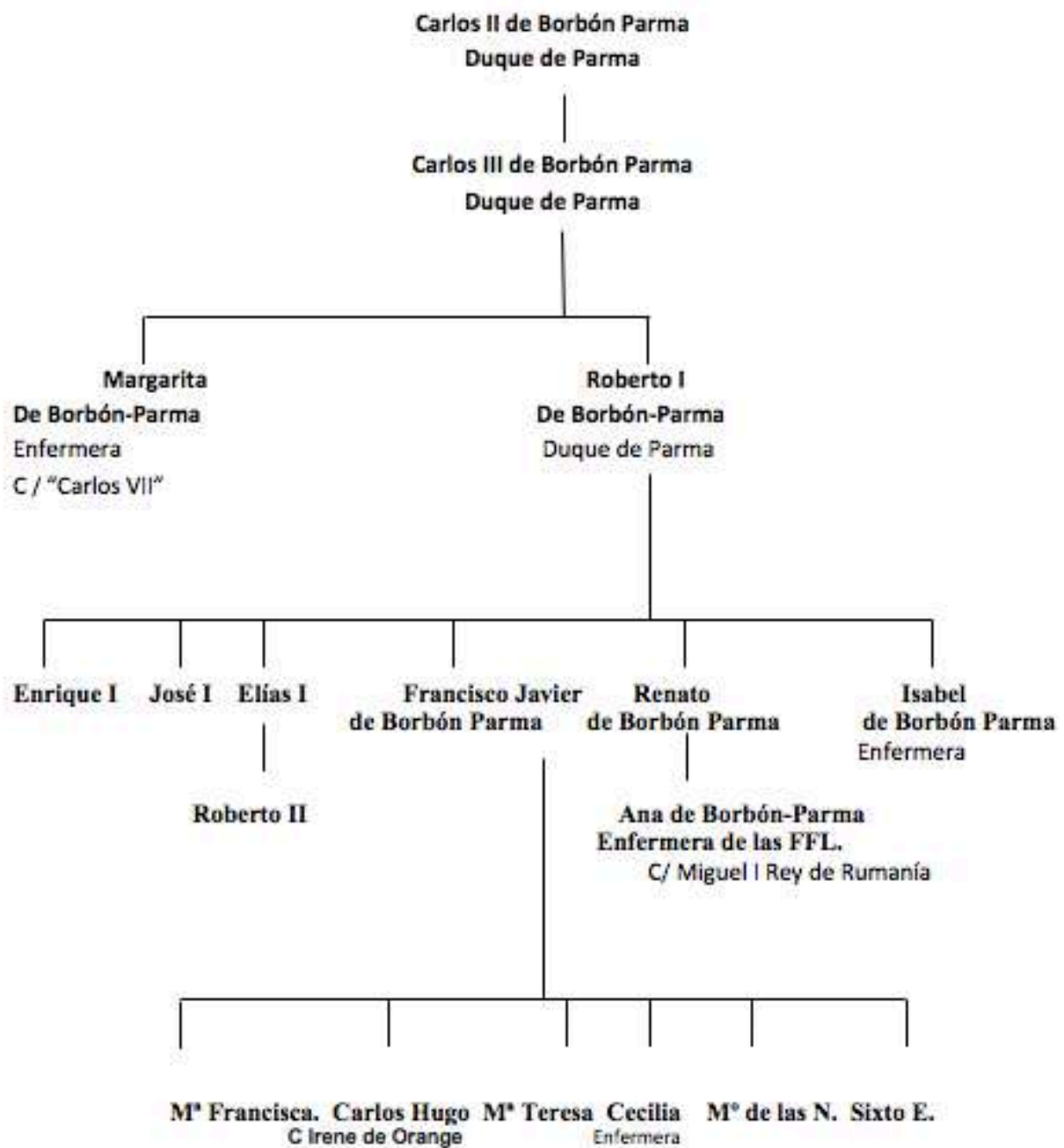


Tabla 4. Genealógica de los Borbón-Parma, siglo XIX-XX.

Fuentes archivísticas

Archivo General de Palacio (AGP). Inv. 10109218

Archivo Comunidad de Madrid (ARCM). 201-001-25646, 1968-02-09

Archivo Histórico de Salus Infirmorum de Cádiz (AHSIC). Casa Real. 6.1

Biblioteca Nacional de España (BNE). BNE/ ER 4314 (239)

Bibliografía

Albanese, C., (2007). *La principessa beduina. L'avventurosa vita di Elena di Francia duchessad'Aosta Con il contributo di Amedeo di Savoia duca d'Aosta*

Almagro San Martín, M., (1946). *Crónica de Alfonso XIII y su linaje*, Madrid, Atlas, 1946

Álvarez, T., (2011). *La Infanta Paz de Borbón: la hermana desconocida de Alfonso XII*. Madrid, Esfera.

Ballester y Rocamora, M., (1996). *Recordando a María Paz, la Infanta pacifista: en el 50 aniversario de su muerte*, Alicante, M. Ballester.

Bergamini, J.D., (1974). *The Spanish Bourbons: the history of a tenacious dynasty*.

Bescos Torres J., (1982). Las Enfermeras en la guerra de España (1936-1939). *Revista Historia Militar*, (53), pp. 97-143.

Braganza y Borbón M N., (1934). *Mis memorias sobre nuestra campaña en Cataluña en 1872 y 1873 y en el Centro en 1874*. Madrid: Espasa-Calpe.

Clemente, J.C. (1999). *El carlismo en su prensa, 1931-1972* (Vol. 228). Editorial Fundamentos.

Conde Mora, F.G., (2008). D^a María de Madariaga y Alonso. Fundadora de Salus Infirmorum.

Cortés Cabanillas, J., (1932). *La caída de Alfonso XIII: Causas y episodios de una revolución*. San Martín.

Eilers, M.A., (2004). *Queen Victoria's Descendants. Companion Volume*, Falköping,

Enríquez, C., & Oliva, E., (2010). *Doña Sofía: la Reina habla de su vida*. Aguilar.

García Louapre, P., (1995). *Eulalia de Borbón, Infanta de España. Lo que no dijo en sus Memorias*, Madrid, C. Literaria.

García Louapre, P., (2000). *Paz de Borbón. Princesa de Baviera. Escritora y Pacifista*, Madrid, Compañía Literaria.

García Louapre, P., (2007). *Cinco días con la Infanta Beatriz de Borbón y Battenberg hija de Alfonso XIII. Su testimonio sobre su vida y sus circunstancias*. Madrid.

García-Mercadal y García-Loygorri, F., (1998). *Los Títulos de la Casa Real: Algunas Precisiones Jurídico-Dinásticas*. Madrid.

García Riol, D.J., (2016). Las mujeres de un carlismo en transición. *Espacio, tiempo y forma. Serie V, Historia contemporánea*, 28, pp. 257-281.

Garrido Yerobi, I., (2003). *De Carlos V a Wyatt Michael White. Descendencia actualizada de la dinastía carlista*, vol. VII, Madrid, *Anales de la Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía*.

Gómez Santos, M., (1993). *La Reina Victoria Eugenia*. Madrid, Espasa-Calpe

González Fernández, E., (1997). Homenaje a la Infanta María Cristina. *Cuenta y razón*, no 101, pp. 65-78.

Gurriarán, J.A., (2000). *El Rey en Estoril: Don Juan Carlos y su familia en el exilio portugués*. Editorial Planeta.

Hall, C., (2014). *Princesses on the Wards: Royal Women in Nursing through Wars and Revolutions*, Stroud.

Hijano Pérez, M.A., (2000). *Victoria Eugenia de Battenberg: una reina exiliada, 1887-1969*.

Hijano Pérez, Á., (2007). La Reina Victoria Eugenia de Battenberg y su papel en la creación de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja. *El Madrid las mujeres Av. hacia la visibilidad II (1833–1931) [Internet]. Consejería de Empleo y Mujer. Comunidad Autónoma de Madrid*, pp. 99-134.

Larraz Andía, P., (2005). La sanidad militar en el ejército carlista del norte (1833-1876). *Aportes: Revista de historia contemporánea*, 20 (58), pp. 37-49.

Mas Espejo M., (2015). *El Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española: formación y contribución a la labor cuidadora y social*. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante.

Mateos Sáinz de Medrano, R., (1996). *Los desconocidos Infantes de España*. Casa de Borbón, Barcelona, Editorial Thassàlia.

Mateos Sáinz de Medrano, R., (2004). *La familia de la reina Sofía: la dinastía de la Casa de Hannover y los reales primos de Europa*. La Esfera de los Libros, Madrid.

Mateos Sáinz de Medrano, R., (2005). *Los Infantes de Andalucía*, Madrid, Veleció Editores.

Moral Roncal, A.M. (2018). Las carlistas en los años 30: ¿De ángeles del hogar a modernas amazonas? *Revista Universitaria de Historia Militar*, 7(13).

Olivares, C., (2004). *Isabel Alfonso de Borbón y Borbón: silencio y humildad de una infanta*, Sevilla, Real Maestranza de Caballería de Sevilla.

Parés, M., (1977). La sanidad en el Partido Carlista: primera y tercera guerras carlistas. *Medicina & historia: Revista de estudios históricos de las ciencias médicas*, (68), pp. 7-26.

Radu, Prince of Hohenzollern-Veringen (2002) *Anne of Romania: A War, an Exile, a Life*, Bucharest: The Romanian Cultural Foundation Publishing House, Bucharest.

Rey y Cabieses, A., (2005). *Wittelsbach y Borbón: relaciones y enlaces entre las Casas Reales de Baviera y de España. Siglos XIX al XXI*, Madrid, Asociación de Diplomados en Genealogía, Heráldica y Nobiliaria.

Robles de Campo, C., (2009). Los Infantes de España tras la derogación de la Ley Sállica (1830). *Boletín de la Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía*, T. XII, p. 378.

Rodríguez López, S. Sánchez Blanco, L., (2016). *Rosas y Margaritas. Mujeres falangistas, tradicionalistas y de Acción Católica asesinadas en la Guerra Civil*. Madrid: Editorial Actas.

Ruiz Cabrera, M, (2013) "Familia y Gran Mundo: El Archivo privado de la Infanta Doña Eulalia de Borbón (1875-1907) en el Archivo General de Palacio en *Reales Sitios*, nº 50 (196), Madrid, pp. 64 – 88.

Sagrera, A. de., (1963). *La duquesa de Madrid. Última reina de los carlistas*, Palma de Mallorca, Mossen Alcover.

Sagrera, A. de., (2007) *Ena&Bee. En defensa de una amistad*, Madrid, Veleció Editores.

Sampedro Escolar, J.L., (1991). La descendencia de Alfonso XIII. *Boletín de la Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía*, T. I. *Sierra Bustamante, R., (1965). Don Juan de Borbón-1965*, p. 187.

Solórzano Sánchez, M., (2010). Las margaritas enfermeras del partido carlista. *Enfermería Avanza*

Solé, G., (1993). Mujeres carlistas en la república y en la guerra (1931-39). Algunas notas para la historia de las "Margaritas" de Navarra. *Príncipe de Viana. Anejo, 15*, pp. 581-593.

Tavera, J.M., (1965). *Los últimos días: 12, 13, 14 y 15 de abril, 1931*. Ediciones Cedro.

Vidal Sales, J.A. (2001). *Crónica íntima del Palacio Real de Madrid* (Vol. 73). Espasa Calpe.

APORTACIÓN DEL DR. USANDIZAGA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ENFERMERO Y AUXILIAR DURANTE LA GUERRA CIVIL.

CONTRIBUTION OF THE DR. USANDIZAGA IN THE TRAINING OF NURSING AND AUXILIARY HEALTH PERSONNEL, DURING THE SPANISH CIVIL WAR.

María Jéscica Martín-Llorente¹, Juan Carlos Cano-Béjar²

¹Doctora en Ciencias de la Salud; ²Máster en profesorado de procesos sanitarios

Correo electrónico: jessica_m_ll72@hotmail.com

Recibido: 11/10/2019
Aceptado: 03/03/2020

Resumen

La formación de enfermería en España ha formado parte de diversos escenarios sociopolíticos, entre ellos la Guerra Civil. Una de las escuelas de enfermería que no cesó su actividad fue la de la Casa de Salud Valdecilla, cuyo director, el Dr. Usandizaga editó varios manuales durante muchos años desde 1934 hasta 1970, pero concretamente durante este período de conflicto publicó 2 obras; “Asistencia a los heridos de guerra” en 1936, ante la necesidad de formar a personal auxiliar precipitadamente para dar cobertura a la contienda bélica y en 1938, la 2ª edición del “Manual de la Enfermera” para continuar con la formación de los profesionales cualificados.

Hemos llevado a cabo un análisis gadameriano realizando una interpretación comparativa las fuentes primarias teniendo en cuenta el contexto histórico en el que se integran, extrayendo las semejanzas y diferencias existentes entre las distintas obras.

Dando a conocer las transformaciones producidas en conexión con el escenario al que pertenecen, así como la aportación del Dr. Usandizaga a la formación sanitaria durante el período de la Guerra Civil española.

Palabras clave: formación, enfermería, auxiliar, guerra civil.

Abstract

Nursing education in Spain has been part of various sociopolitical scenarios, including the Civil War. One of the nursing schools that did not cease its activity was that of the Valdecilla Health House, whose director, Dr. Usandizaga edited several manuals for many years from 1934 to 1979, but specifically during this period of conflict he published 2 works; "Assistance to the war wounded" in 1936, faced with the need to train auxiliary personnel hastily to cover the warfare and in 1938, the second edition of the "Nurse's Manual" to continue with the training of qualified professionals.

We have carried out a gadamerian analysis making a comparative interpretation of the primary sources taking into account the historical context in which they are integrated, extracting the similarities and differences between the different Works. Publicizing the transformations produced in connection with the scenario to which they belong, as well as the contribution of Dr. Usandizaga to health training during the period of the Spanish Civil War.

Keywords: training, nursing, auxiliary, civil war

1. Introducción

Desde que la profesión de enfermería fuese reconocida oficialmente en 1915, durante el reinado de Alfonso XIII, dicha formación fue llevada a cabo por diferentes instituciones y para la cual se editaron numerosos manuales de contenido teórico y práctico sobre el que se fundamentasen los conocimientos necesarios para la obtención del título. Son muchos los autores que trabajaron en la elaboración de dichos manuales, entre ellos, destaca el Dr. Manuel Usandizaga Soraluze, no solo por el número de ediciones que realizó, sino por su permanencia durante 36 años, desde 1934 hasta 1970. La formación de enfermería se ha visto inmersa en múltiples escenarios sociopolíticos, siendo uno de ellos la Guerra Civil española acaecida en julio de 1936 hasta 1939, tras el fracaso de la Segunda República. Durante este periodo, España quedó dividida en dos bandos, el republicano y el nacionalista. Cada bando tuvo que organizarse para dar respaldo a sus heridos, y, por tanto, este periodo supuso la interrupción formativa en la mayor parte de las escuelas, siendo la Escuela de Cruz Roja y la Casa de Salud de Valdecilla las únicas que continuaron con su actividad docente. Ante la necesidad de personal sanitario se llevaron a cabo cursos preparatorios para poder adquirir conocimientos básicos y poder hacer frente a la situación de emergencia que acontecía. (Martínez Antón, 2016, p.22)

El Dr. Usandizaga (1898-1982) se formó como ginecólogo, obteniendo la cátedra de Obstetricia y Ginecología por la Facultad de Medicina de Salamanca. (Díaz Rubio, s.f), En 1929, tras la fundación de la Casa de Salud Valdecilla (CSV) (Salmón et al, 1990, p.240). El director de dicha institución, el Dr. López Albo, “eligió como principal colaborador al Dr. Manuel Usandizaga Soraluze como director de la Escuela de Enfermeras de la CSV”. La primera promoción de enfermeras dio comienzo en 1930, y ante la falta de un libro de texto, cuatro años después el Dr. Usandizaga publicó un manual sobre el que dar apoyo a los estudios de las enfermeras, “Manual de la Enfermera” cuyo autor principal es el Dr. Usandizaga contando con la colaboración de cuatro profesores de la CSV. (Salmón et al, 1990, p.251).

Este primer “Manual de la Enfermera” fue editado en 1934, incluyendo las 70 lecciones pertenecientes al programa para la enseñanza de la profesión enfermera publicadas el 7 de mayo de 1915 (Gaceta de Madrid, 1915) añadiendo contenidos nuevos, ya que como indica en su prólogo el Dr. Usandizaga: *el programa oficial de la Carrera de Enfermera, era y sigue siendo totalmente insuficiente, como es también la formación práctica por lo que no tuvimos otro remedio que adaptar programas de algunas escuelas extranjeras de reconocida solvencia.* (Usandizaga, 1934).

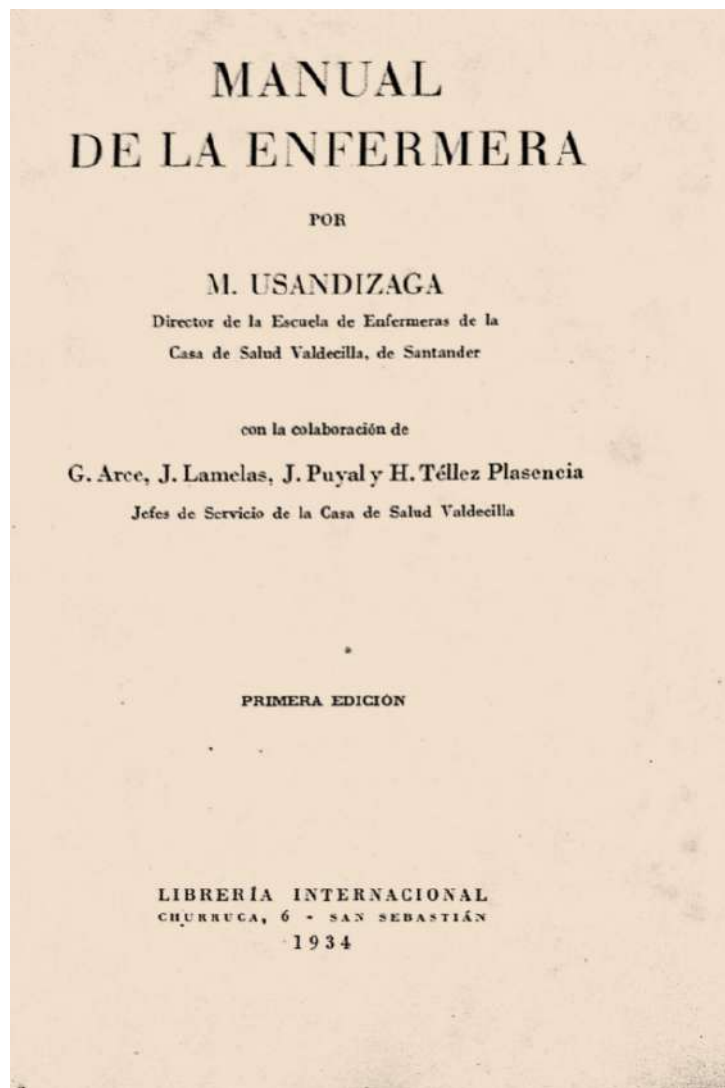


Imagen 1. Portada, “Manual de la Enfermera” 1ª edición, Usandizaga, 1934.

Durante este periodo, España se encontraba inmersa desde 1931 en la Segunda República, y concretamente, desde 1933 en el segundo bienio. En 1936, tras el estallido

de la Guerra Civil, la actividad en la Casa de Salud Valdecilla no es interrumpida a pesar de que muchos médicos y jefes de servicio son movilizados (Nespral Gaztelumendi, 2014, p.130).

Es durante este año cuando el Dr. Usandizaga, al frente de la dirección de la Escuela de Enfermeras de la CSV, edita una cuartilla titulada: *“Asistencia a los heridos de guerra: normas elementales para el personal auxiliar”*. Con el presente trabajo pretendemos dar a conocer, la contribución que tuvo el Dr. Usandizaga, no solo en la formación de enfermeras, sino con la sociedad, editando una guía de actuación o lo que hoy conoceríamos como primeros auxilios, en momentos de perentoriedad como fue la Guerra Civil en España.

2. Metodología

La metodología utilizada es de carácter hermenéutico, basada en el análisis gadameriano, que consiste en la interpretación comparativa de las fuentes primarias, es decir, el *“Manual de la Enfermera”* editado en 1934 y *“Asistencia a los heridos de guerra”* editado en 1936, teniendo en cuenta el contexto histórico en todos sus aspectos tanto social, económico, cultural, político... etc al que pertenecen. Este análisis nos permite interpretar los textos desde el punto de vista histórico en el que se realizaron. Si analizamos los aspectos formales de esta cuartilla, en la parte externa observamos un encuadernado en tapa blanda con unas medidas de 21cm x 14cm en cuya cubierta se observa el título, así como el autor y en cuya contracubierta aparece en la parte inferior derecha el precio de la cuartilla *“2 pesetas”*.

En su estructura interna carece de guarda y hoja de cortesía, encontrándonos de manera directa como primera página una anteportada o portadilla con el título en la parte central, en la parte superior el autor y en la parte inferior, la editorial y el año de publicación. En el reverso de la primera página, es decir, en la página 2, el autor escribe un prólogo explicando la razón de dicha publicación. Seguidamente, desde la página 3 hasta la página 31 encontramos el cuerpo principal de esta publicación y en la página 32 el Índice, formado por 11 capítulos y 62 apartados, estructurados de la siguiente manera:

- I. Contusiones y heridas (4 apartados)*
- II. Complicaciones infecciosas de las heridas (8 apartados)*
- III. Esterilización (4 apartados)*
- IV. Curas Quirúrgicas (7 apartados)*
- V. Vendajes (6 apartados)*
- VI. Hemorragias (3 apartados)*
- VII. Fracturas, esquinces y luxaciones (7 apartados)*
- VIII. Accidentes producidos por el calor (4 apartados)*
- IX. Accidentes producidos por el frío (3 apartados)*
- X. Asistencia a los heridos en el hospital (9 apartados)*
- XI. Complicaciones que se presentan en los heridos operados (7 apartados)*

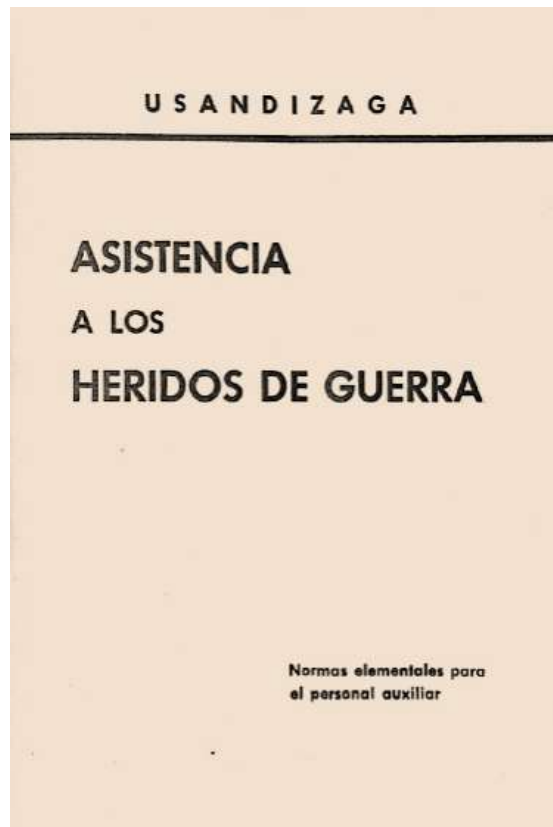


Imagen 2. Aspecto externo “Asistencia a los heridos de Guerra”, Usandizaga, 1936.

Finalmente, en el reverso de la contraportada el autor nos anuncia que en breve se llevará a cabo la publicación de la segunda edición del “Manual de la Enfermera”, el cual saldrá a la luz en 1938. Ante el estallido de la guerra civil, y la escasez de profesionales

sanitarios necesarios para tal hecho, se tuvo que disponer de personal improvisado, carente de conocimientos, y es para este grupo de personas para el que el Dr. Usandizaga elaboró esta cuartilla, proporcionando unos conocimientos teóricos básicos para la asistencia a los heridos, y es así como lo explica el propio autor en su breve prólogo: *“La guerra impone la improvisación del personal auxiliar encargado de la asistencia de los heridos ya que el existente en tiempo de paz es francamente insuficiente. Si este personal improvisado quiere adquirir unos conocimientos teóricos, se encuentra con que los manuales publicados le resultan excesivamente extensos y le es difícil separa aquello que es más urgente aprender. Pensando en ello hemos preparado estas cuartillas extractadas de nuestro Manual de la Enfermera, que no tienen más finalidad que servir de iniciación a ese personal auxiliar que carece de toda formación anterior.”* (Usandizaga, 1936, p. 2)

ÍNDICE		Págs.
I. Contusiones y heridas.....		3
1. Traumatismos. Sus variedades.—2. Contusiones.—3. Heridas. Sus variedades.—4. Cicatrización.		
II. Complicaciones infecciosas de las heridas.....		5
1. Condiciones en que se produce una infección.—2. Infección de las heridas.—3. Síntomas de la infección.—4. Linfangitis.—5. Erisipela.—6. Septicemia.—7. Gangrena gaseosa.—8. Tétanos		
III. Esterilización.....		7
1. Desinfección y esterilización.—2. Asepsia y antisepsia. 3. Medios de esterilización.—4. Criterio a seguir para la esterilización de material e instrumental.		
IV. Curas quirúrgicas.....		9
1. Material necesario para un apósito aséptico.—2. Material necesario para una cura antiséptica.—3. Material de drenaje.—4. Preparación del instrumental y material necesario para cateterizar un apósito.—5. Primera asistencia a un traumatizado.—6. Primera cura de una herida.—7. Principios generales de las curas.		
V. Vendajes.....		13
1. Variedades de vendajes.—2. Vendajes.—3. Reglas generales para hacer un vendaje.—4. Vendajes de la cabeza y cuello.—5. Vendajes en el tórax.—6. Vendajes en las extremidades.		
VI. Hemorragias.....		16
1. Variedades.—2. Consecuencias de las hemorragias.—3. Tratamiento de las hemorragias.		
VII. Fracturas, esguinces y luxaciones.....		18
1. Fracturas.—2. Variedades.—3. Síntomas de las fracturas.—4. Tratamiento.—5. Primera asistencia a un fracturado.—6. Esguinces.—7. Luxaciones.		
VIII. Accidentes producidos por el calor.....		21
1. Quemaduras.—2. Tratamiento.—3. Eritema solar.—4. Insolación.		
IX. Accidentes producidos por el frío.....		23
1. Accidentes generales.—2. Congelaciones.—3. Sabalones.		
X. Asistencia a los heridos en el hospital.....		24
1. Temperatura.—2. Pulso.—3. Respiraciones.—4. Gráficas. 5. Administración de medicamentos por la boca.—6. Inyección subcutánea.—7. Inyección de suero.—8. Enemas. 9. Cuidados a los operados.		
XI. Complicaciones que se presentan en los heridos y operados.....		29
1. Colapsos.—2. Shock.—3. Vómitos.—4. Dolor.—5. Delirio.—6. Retención de orina.—7. Discusión abdominal por gases.		

Imagen 3. Índice de “Asistencia a los heridos de Guerra”, Usandizaga, 1936. p.32

Esta cuartilla, está impresa en blanco y negro y no dispone de ninguna ilustración, el tipo de letra utilizada es la misma que utiliza en su primer manual. A su vez podemos comprobar que: El Capítulo 1. *Contusiones y Heridas* corresponde al capítulo XI. *Traumatismos* incluido en la asignatura de *Patología* del “Manual de la Enfermera” en la página 170-172, está formado por 4 apartados. 1. *Traumatismos: sus variedades*; 2. *Contusiones*; 3. *Heridas. Sus variedades* y 4. *Cicatrización*. Se mantienen todos exactamente igual, excepto el último en el que no se transcriben los 3 últimos párrafos del apartado 4. Del “Manual de la Enfermera” de 1934.

El Capítulo II. *Complicaciones infecciosas de las heridas*, esta extraído del capítulo XIII, con el mismo título de la asignatura de *Patología* del “Manual de la Enfermera” en la página 180-182 y está formado por 8 apartados. El apartado 1. *Condiciones en que se produce la infección* pertenece al capítulo II. *Infección* en el apartado 9 con el mismo título del “Manual de la Enfermera” en la página 132, incluyendo en esta cuartilla los dos primeros párrafos, así mismo en el apartado 3. *Síntomas de la infección* se añade una explicación de términos como son “tumor, calor, rubor y dolor” pertenecientes al apartado 11. *Síntomas de la inflamación* de la asignatura de *Patología* en la página 134. En el último apartado 8. *Tétanos*, se incluye solo el 2º, 3º y 4º párrafo. El resto de los apartados: 2. *Infección*, 4. *Linfangitis*, 5. *Erisipela*, 6. *Septicemia* y 7. *Gangrena gaseosa*, son plasmados de igual forma que en el “Manual de la Enfermera”.

El Capítulo III. *Esterilización* esta estructurado en 4 apartados. El apartado 2. *Asepsia y antisepsia* esta sacado del apartado 7 con igual denominación correspondiente al capítulo II. *Infección* dentro de la asignatura de *Patología* en la página 13. Por otro lado, los apartados 3. *Medios de esterilización* y 4. *Criterios a seguir para la esterilización de material e instrumental* proceden del capítulo XIII. *Esterilización*, de la asignatura de *Técnica del cuidado de los enfermos* del “Manual de la Enfermera” que se encuentra en las páginas 368-374. Por último, el apartado 1. *Desinfección y esterilización*; no se corresponde de manera exacta con ningún apartado del “Manual de la Enfermera”, siendo una nueva aportación para esta publicación.

El Capítulo IV. *Curas quirúrgicas*, pertenece al capítulo XI de la asignatura de *Técnicas del cuidado de los enfermos* del “Manual de la Enfermera” en la página 348. En este capítulo, formado por 7 apartados, podemos ver que el apartado 1. *Material necesario*

para un apósito aséptico se mantiene de forma íntegra a excepción del último párrafo y la alusión que se hace a las vendas de Crêpe-velpeau, que no se incluyen en la cuartilla. Tanto el apartado 2. *Material necesario para una cura aséptica* como el 3. *Material de drenaje*, el 4. *Preparación del instrumental y material necesario para cambiar un apósito* y el 7. *Principios generales de las curas* (correspondiente este al apartado 6. *Técnicas de las curas*), se encuentran incluidos. Sin embargo, el apartado 5. *Primera asistencia a un traumatizado* y 6. *Primera cura de una herida* corresponden a los apartados 5 y 6 del capítulo XI. *Traumatismos* de la asignatura de *Patología* en la página 172-173 del “Manual de la Enfermera”.

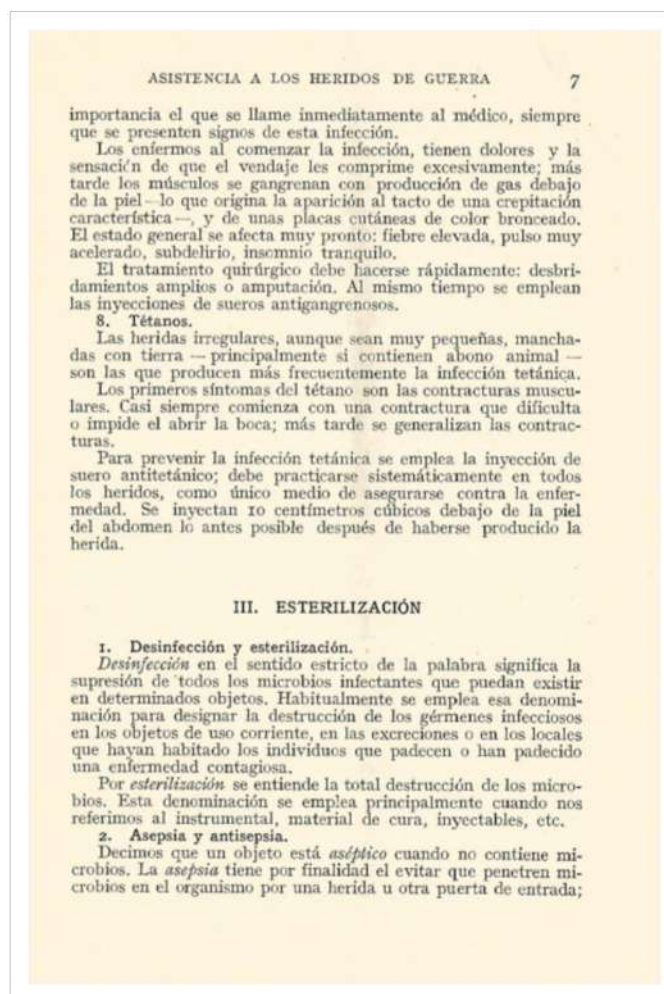


Imagen 4. Apartado 1. Desinfección y esterilización de la cuartilla “Asistencia a los heridos de Guerra”, Usandizaga, 1936, p. 7

El capítulo V. *Vendajes* es extraído del capítulo XII. *Vendajes* de la asignatura *Técnica del cuidado de los enfermos* del “Manual de la Enfermera” en la página 353. Este capítulo está estructurado en 6 apartados. El apartado 1. *Variedades de vendajes* corresponde al apartado 3 que tiene el mismo título; el apartado 2. *Vendas* corresponde al apartado 1; el apartado 3. *Reglas generales* al apartado 4 incluyendo de manera introductoria que: “Los vendajes tienen que aprenderse sobre un maniquí o mejor todavía sobre un individuo que se preste a ello.” “Pretender describir todas las variedades de vendajes exigiría tanto espacio como el destinado a este folleto. Por ello pretendemos limitarnos a dar unas normas generales”. (Usandizaga, 1936)

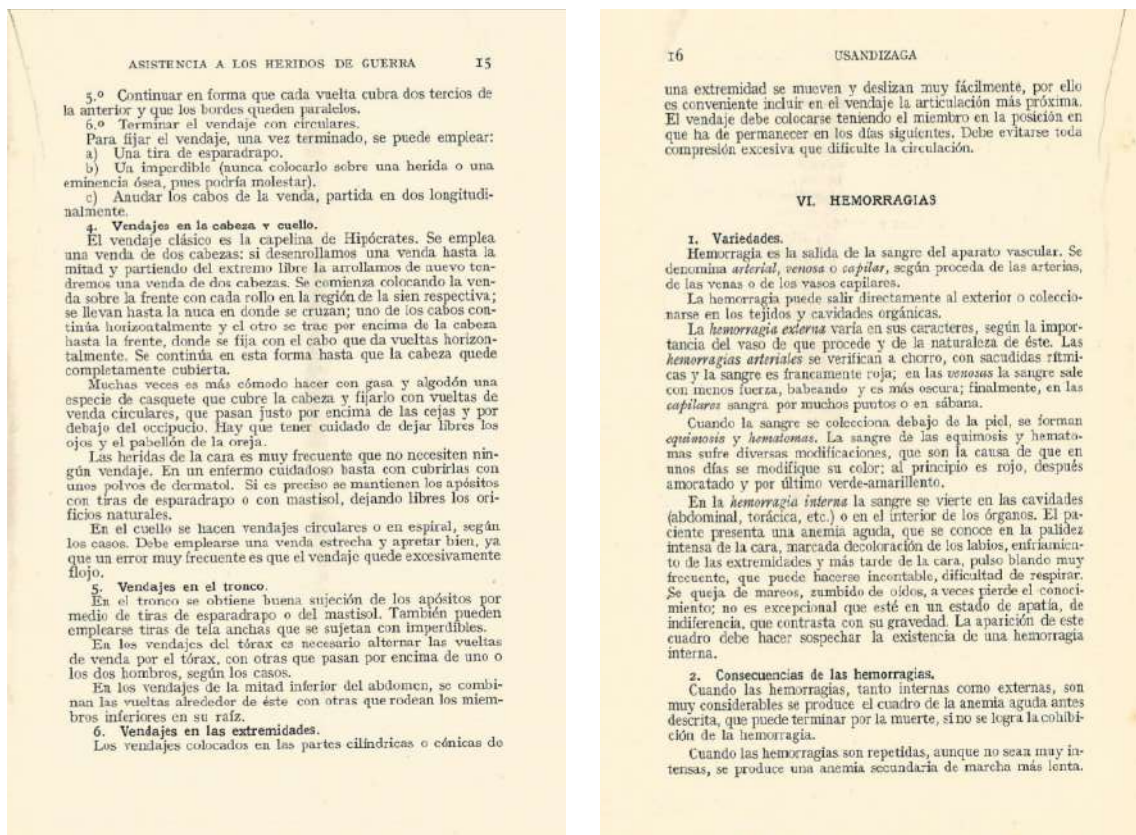


Imagen 5. Apartado 4. Vendajes en la cabeza y cuello, 5. Vendajes en el tronco, 6. Vendajes en las extremidades de la cuartilla “Asistencia a los heridos de Guerra”, Usandizaga, 1936, pp. 15-16.

Finalmente, los apartados 4, 5 y 6 sobre vendajes en cabeza, cuello, tronco y extremidades son un breve resumen de cómo debe realizarse la técnica de manera sencilla y comprensible utilizando terminología coloquial para señalar las diferentes regiones anatómicas como: cabeza, frente, sien en vez de región temporal y bóveda

craneana. No se corresponde a la explicación que se da sobre estos apartados en el “Manual de la Enfermera”, en el que, a parte de una descripción más científica, el autor se apoya con ilustraciones que facilitan su comprensión. Por tanto, podemos afirmar que son 3 apartados nuevos.

El capítulo VI. *Hemorragias*, formado por 3 apartados, corresponde con el capítulo XII. *Hemorragias* en las páginas 174-180 de la asignatura de *Patología* del “Manual de la Enfermera” publicado en 1934. El apartado 1. *Variedades*, es el mismo que el del “Manual de la Enfermera”, omitiendo el último párrafo en el cual se definen conceptos como: epíxtasis, hemoptisis, hematuria...El apartado 2. *Consecuencias de las hemorragias* corresponde con el apartado 3, cuyo título y contenido es el mismo y el apartado 3. *Tratamiento de las hemorragias* coincide en parte con el apartado 4, eliminando la compresión en subclavia, carótida y aórtica del subapartado 1º hemorragias arteriales, así como la utilización de la venda de Esmarch para hemostasia en operaciones de extremidades. Tampoco se incluyen las ilustraciones que acompañan al texto en este capítulo.

El capítulo VII. *Fracturas, esguinces y luxaciones*, dividido en 7 apartados, pertenece al capítulo XIV identificado con el mismo título, de la asignatura *Patología* en las páginas 183-187 del “Manual de la Enfermera”. Los apartados 1. *Fracturas*, 2. *Variedades*, 3. *Síntomas de las fracturas*, 4. *Tratamiento*, 5. *Primera asistencia a un fracturado*, 6. *Esguinces* y 7. *Luxaciones*, son extraídos de los apartados con igual denominación del capítulo XIV del “Manual de la Enfermera”, con algunos cambios tales como, en el apartado 2. *Variedades* se añade que: “*los extremos del hueso fracturado, muchas veces sale por el exterior de la herida*”. En el apartado 3. se omite que: “*el examen radiográfico es indispensable para el tratamiento.*” y en el apartado 5. No incluye la introducción que hace referencia a la función “*meramente auxiliar de la enfermera en el tratamiento de las fracturas*”. El resto de apartado son exactamente iguales.

El capítulo VIII. *Accidentes producidos por calor* es extraído del capítulo XV. *Quemaduras, congelaciones, picaduras de insectos y heridas emponzoñadas* de la asignatura *Patología* del “Manual de la Enfermera” situado en las páginas 187-188. Este capítulo se estructura por 4 apartados. El apartado 1. *Quemaduras*. Sus variedades, corresponde al apartado 1. *Quemaduras* y al apartado 2. *Variedades*. El apartado 2.

Tratamiento corresponde al apartado 3. Tratamiento de las quemaduras eliminando el último párrafo en el que hace referencia al tratamiento de cicatrices. Como algo novedosos en este capítulo se añaden dos apartados nuevos: el 3. Eritema solar y 4. Insolación.

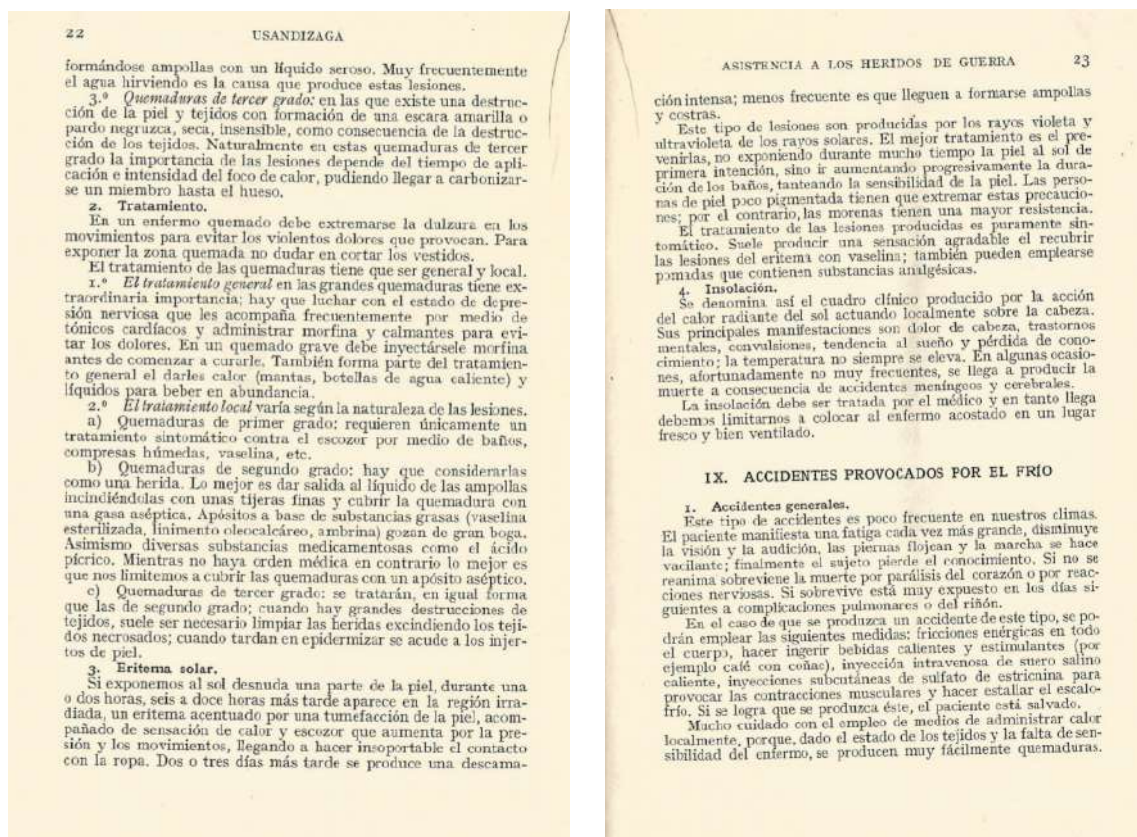


Imagen 6. Apartado 3 Eritema solar y 4. Insolación la cuartilla "Asistencia a los heridos de Guerra", Usandizaga, 1936, pp. 22-23

El capítulo IX. *Accidentes provocados por el frío* al igual que el anterior, es extraído del capítulo XV. *Quemaduras, congelaciones, picaduras de insectos y heridas emponzoñadas* del "Manual de la Enfermera" pág. 188-189. En este capítulo, constituido por 3 apartados, se añade un apartado inédito, el apartado 1. *Accidentes generales*, donde se expone los signos y síntomas, así como las medidas que hay que adoptar ante accidentes de este tipo y lo que no se debe hacer. El apartado 2. *Congelaciones*, es en parte, extraído del apartado 4. *Congelaciones* del "Manual de la Enfermera", añadiendo que "En la guerra europea se presentaron numerosísimos casos de afección denominada pie

de las trincheras, producida por acción combinada del frío y la humedad". Finalmente, el apartado 3. Sabañones procede, nuevamente, del apartado 4. Congelaciones.

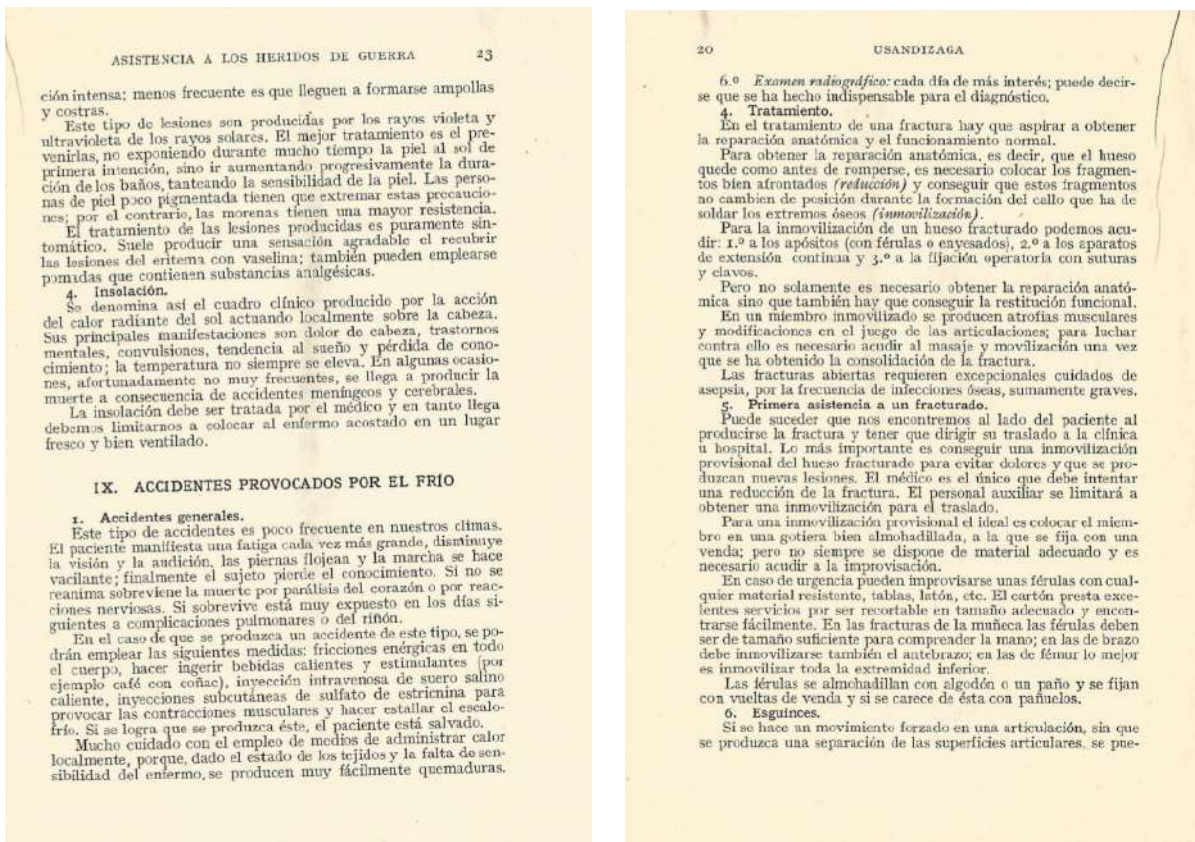


Imagen 7. Apartado 1. Accidentes generales de la cuartilla "Asistencia a los heridos de Guerra", Usandizaga, 1936, p.32

El capítulo X. *Asistencia a los heridos en el hospital* consta de 9 apartados, 4 de ellos, concretamente los apartados 1,2,3 y 4 proceden del capítulo V. *Temperatura, pulso y respiración. La historia clínica*, que se encuentra en la asignatura *Técnica del cuidado de los enfermos* del "Manual de la Enfermera", exactamente en las páginas 308-311. Los apartados 5, 6 y 7 corresponden al capítulo VI. *Administración de medicamentos*, concretamente, al subcapítulo B.-*Vías de Administración*, situado en las páginas 318-323 del "Manual de la Enfermera". El apartado 8. *Enemas* corresponde al apartado 14. *Enemas* del capítulo IV. *Confort del Enfermo* en el "Manual de la Enfermera" en las páginas 306-307. Por último, el apartado 9. *Cuidados a los operados* pertenece al

capítulo XVI. *Cuidados pre y post-operatorios* y es extraído íntegramente del subcapítulo B.-*Cuidados post-operatorios* en la página 405-406. El capítulo XI. *Complicaciones que se presentan en los heridos y operados* es una transcripción del subcapítulo C.-*Complicaciones post-operatorias* perteneciente al capítulo XVI. *Cuidados pre y post-operatorios* ubicado en las páginas 406-408 del “Manual de la enfermera”, con todos sus apartados del 1 al 6, además el autor añade un último apartado 7. *Distensión abdominal por gases*.

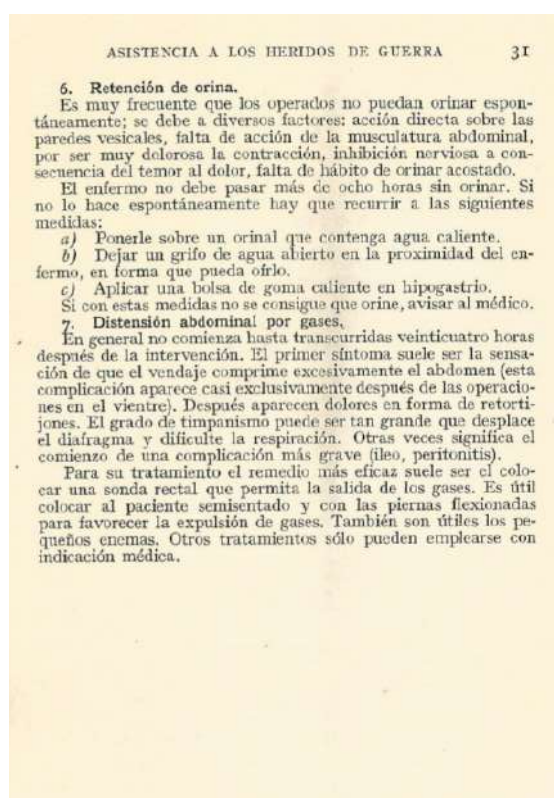


Imagen 8. Apartado 7. Distensión abdominal por gases de la cuartilla “Asistencia a los heridos de Guerra”, Usandizaga, 1936, p.31

En esta tabla podemos ver de manera sencilla, los apartados que componen esta obra, los que pertenecen a la edición de 1934, aquellos que son modificados y los que se introducen como novedad. Como se puede observar son 8 los apartados exclusivos de esta cuartilla de 1936, es decir, no han sido copiados o modificados del “Manual de la Enfermera” de 1934 y son:

Capítulo III, apartado 1. Desinfección y esterilización

Capítulo V, apartados 4. Vendajes en la cabeza y cuello 5. Vendajes en el tronco y 6. Vendajes en las extremidades.

Capítulo VIII, apartados 3. Eritema Solar y 4. Insolación

Capítulo IX, apartado 1. Accidentes generales

Capítulo XI, apartado 7. Distensión abdominal por gases.

Capítulos de la cuartilla "Asistencia a los heridos de guerra" 1936	Nº de apartados que componen la cuartilla "Asistencia a los heridos de guerra" 1936	Nº de apartados extraídos del "Manual de la Enfermera" de 1934 (numeración del apartado)	Apartados extraídos, con modificaciones, del "Manual de la Enfermera" de 1934	Apartados nuevos en la cuartilla "Asistencia a los heridos de guerra"
I	4	3 (1,2,3)*	1 (4)	
II	8	5 (2,4,5,6,7)	3 (1,3,8)	
III	4	2 (2,4)	1 (3)	1 (1)
IV	7	6 (2,3,4,5,6,7)	1(1)	
V	6	2 (1,2)	1(3)	3 (4,5,6)
VI	3	1 (2)	2 (1,3)	
VII	7	4 (1,4,6,7)	3 (2,3,5)	
VIII	4	1 (1)	1 (2)	2 (3,4)
IX	3	1 (3)	1 (2)	1 (1)
X	9	9 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,)		
XI	7	6 (1,2,3,4,5,6)		1 (7)
Total apartados %	62 (100 %)	40 (64,52 %)	14 (22,58 %)	8 (12,90 %)

Tabla 1. Resumen de la composición de la cuartilla "Asistencia a los heridos de guerra" de 1936 (Elaboración propia, 04/06/2020).

* Todos los números entre paréntesis corresponden con el número real de cada apartado de la cuartilla Asistencia a los heridos de guerra, por ejemplo, en el Capítulo I de la cuartilla "Asistencia a los heridos de guerra" son 3 los apartados extraídos del "Manual de la Enfermera" de 1934, y son (1,2,3), es decir, el 1. Traumatismos. Sus variedades; 2. Contusiones y 3. Heridas. Sus variedades.

En agosto de 1937, Santander fue vencida ante el bando nacional. En 1938, teniendo en cuenta que la Casa de Salud Valdecilla no cesó su actividad y como el propio Dr.

Usandizaga anuncia en la cuartilla de “Asistencia a los heridos de guerra”, en breve publicaría su 2ª edición del “Manual de la Enfermera”, sale a la luz su obra para la formación de enfermeras y en la cual se pueden observar algunos cambios.

3. Análisis

Si analizamos esta 2ª edición que el Dr. Usandizaga teniendo en cuenta la cuartilla de “Asistencia a los heridos de Guerra” de 1936 y buscamos esos apartados que son introducidos como novedad, no correspondiendo a la 1ª edición de 1934, podemos ver que: en primer lugar, el apartado *1. Desinfección y esterilización* del capítulo III de la cuartilla de “Asistencia a los heridos de guerra” se incluye en la asignatura de *Patología* en el subcapítulo C. Desinfección del capítulo II. Infecciones en general en la página 140 del “Manual de la Enfermera” de 1938. Así mismo los apartados 3. Eritema Solar y 4. Insolación también los encontramos en la 2ª edición de 1938 en la página 204 y 205 correspondientes al capítulo V. *Accidentes por agentes térmicos y eléctricos* de la asignatura de *Patología*, así como el apartado *1. Accidentes generales* del capítulo IX lo encontramos de manera íntegra en la página 205 del “Manual de la Enfermera”. Para finalizar, el apartado *7. Distensión abdominal por gases* se incluye en el capítulo XV. *Cuidados pre y post-operatorios* en el apartado 8 del subcapítulo C. *Complicaciones post-operatorios* en la página 453 de la asignatura *Técnica del cuidado de los enfermos* de la 2ª edición. Por tanto, de los 8 nuevos apartados 5 pasan a formar parte de la nueva edición. Los otros 3 son los que corresponden al capítulo de Vendajes y el Dr. Usandizaga lo mantiene como en su primera edición de 1934, donde se acompaña de un lenguaje más científico y se ayuda de ilustraciones como apoyo al contenido teórico para que se pueda llevar a cabo de manera práctica.

4. Conclusiones

Tras este análisis podemos concluir que el Dr. Usandizaga elaboró una cuartilla, “Asistencia a los heridos de guerra” en 1936, extraída en su mayoría del “Manual de la Enfermera” publicado en 1934, concretamente 54 apartados, es decir, el 87,10% de los apartados que componen la cuartilla, pertenecen al “Manual de la Enfermera”

publicado en 1934 y concretamente 40 apartados, el 64,52%, son una transcripción exacta, modificando un 22,58% como resultado de la adaptación al grupo al que va dirigido este manual. El 12,90% de apartados restantes o lo que es lo mismo, 8 apartados que componen esta obra son inéditos y se incluyen ante la necesidad social de asistencia a los combatientes y víctimas del conflicto bélico que asola España desde julio de 1936. Estos apartados son, a su vez, utilizados para remodelar y mejorar su posterior edición, “Manual de la Enfermera” que salió a la luz en 1938, donde se observa una transformación constante de su obra, la cual se adapta a las circunstancias sociales, políticas, culturales y económicas.

Bibliografía

De la Cierva, R. *Historia total de España*. 14ª edición. Madrid: Fénix, 2010.

Díaz-Rubio García, M. *Manuel Usandizaga Soraluze*. Real Academia de la Historia. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/29351/manuel-usandizaga-soraluce>

Fornés Bonavía, L. *Historia de España*. Washington D. C., US: Firms Press, 2001: 2010. p. 197.

Gadmaer, H.G. *Verdad y método. Tomo I*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001.

Gutiérrez Flores, J.; Gudín de la Lama, E. *Cuatro derroteros militares de la Guerra Civil*. En Cantabria: Monte Buciero 11, Santoña, 2005. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1633999.pdf>

Martínez Antón, S. *La asistencia sanitaria en la Guerra Civil Española: las enfermeras de Cruz Roja*. Universidad de Cantabria, 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8937/Martinez%20Anton%20S..pdf?sequence=4&isAllowed=y>

ORDEN REAL, de 7 de Mayo de 1915, por la que se aprueba el Programa para la enseñanza de la profesión enfermera. Gaceta de Madrid, núm. 141, de 21 de Mayo de 1915. a, 486, 484.

Salmón, F.; Ballester García, L.; Arrizabalaga, J. *La Casa de Salud Valdecilla: origen y antecedentes; la introducción del hospital contemporáneo en España*. 2ª edición. Santander: Universidad de Cantabria Servicio de Publicaciones, 1990.

Sellán Soto, M.C. *La profesión va por dentro elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. 2ª edición. Madrid: Fuden, 2010. (166-169)

Siles González, J. *Historia de la Enfermería*. Madrid: DAE, 2011.

Usandizaga, M. *Asistencia a los heridos de guerra; normas elementales para el personal auxiliar*. Santander: Aldus, 1936.

Usandizaga, M. *Manual de la Enfermera*. 1ª edición. San Sebastián: Librería Internacional, 1934.

Usandizaga, M. *Manual de la Enfermera*. 2ª edición. San Sebastián: Librería Internacional, 1938.

Nespral Gaztelumendi, M.C. *La escuela de enfermería "Casa de Salud Valdecilla" (1929-2010): origen y evolución de la formación y percepción de los estudiantes*. [Tesis], 2014.

Disponible en: <https://eprints.ucm.es/25622/1/T35381.pdf>

ASPECTOS SANITARIOS DE LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO. NUTRICIÓN Y ENFERMEDADES A BORDO.

SANITARY ASPECTS OF THE FIRST ROUND THE WORLD. NUTRITION AND DISEASES ON BOARD.

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz¹

¹Doctor en Medicina y Cirugía. Coronel médico del Cuerpo Militar de Sanidad. Académico de la Real de San Romualdo de Ciencias, Letras y Artes y de la Real de Medicina y Cirugía de Cádiz.

Correo electrónico: baupres@comcadiz.com

Recibido: 09/03/2020

Aceptado: 02/05/2020

Resumen

La expedición española por occidente a la Especiería (1519-1522), comandada por el portugués Fernando de Magallanes y, tras su muerte, concluida con la vuelta al mundo por el español Juan de Sebastián de Elcano, significó la más importante gesta de la Edad Moderna después del Descubrimiento de América por Colón (1492), con probabilidad sólo comparable con la llegada del hombre a la Luna (1969). La expedición tenía prevista una duración de dos años, según lo dispuesto en las capitulaciones firmadas por Carlos I en Valladolid (22 de marzo de 1518), en las cuales se le otorgaba a Magallanes el título de gobernador y adelantado de todas las tierras que «descubriese». Las inclemencias meteorológicas, las latitudes alcanzadas, las tempestades y calmas oceánicas, los motines y enfrentamientos con los indígenas, la pérdida y/o deserción de la carabela y

tres naos de la flota, hicieron demorar un año el regreso a la península. En el presente artículo se hace una exposición de las provisiones y medicaciones embarcadas, el aporte y balance calórico y nutricional de los alimentos en relación con el conocimiento científico actual, el equipo sanitario a bordo, así como las enfermedades y causas de los fallecimientos de la dotación.

Palabras claves: Fernando de Magallanes, nutrición, enfermedades, Edad Moderna.

Abstract

The Spanish expedition by the West to the Species (1519-1522), commanded by the Portuguese Fernando de Magallanes and, after his death, concluded with the round the world by the Spaniard Juan de Sebastián de Elcano, meant the most important gesta of the Modern Age after the Discovery of America by Colon (1492), with probability only comparable with the arrival of man at the Moon (1969). The expedition was scheduled for two years, as provided for in the capitulations signed by Charles I in Valladolid (March 22, 1518), in which Magallanes was granted the title of governor and advance of all lands that he «discovered». The inclement weather, the latitudes reached, the storms and ocean calms, the riots and clashes with the indigenous people, the loss and / or dropout of the caravel and three naos of the fleet, took a year to return to the peninsula. This article provides an overview of the provisions and medications embarked on, the contribution and calorie and nutritional balance of food in relation to current scientific knowledge, the health team on board, as well as the diseases and causes of the deaths of the endowment.

Key words: Fernando de Magallanes, nutrition, diseases, Modern Age.

1. Introducción

«Por debajo de los 40º Sur, no existe ley; por debajo de los 50º Sur, no existe Dios».

Dicho tradicional de los balleneros

El 20 de septiembre de 1519, parte desde Sanlúcar de Barrameda una expedición compuesta por cuatro naos y una carabela, con una dotación de 243 hombres —otros autores estiman 265—, de ellos cincuenta portugueses, con la intención de llegar a la Especiería por occidente, a fin de respetar el Tratado de Tordesillas y así evitar navegar por aguas portuguesas. El rey Carlos I había nombrado al portugués Fernando de Magallanes jefe de la escuadra y al español Juan de Cartagena veedor, al objeto de contrarrestar el poder de Magallanes. Tres años después, el 9 de septiembre de 1522, arriba a Sanlúcar de Barrameda la nao *Victoria* con dieciocho hombres exhaustos y hambrientos, al mando del vasco Juan Sebastián de Elcano (Almazán Altuzarra 2015).

2. Provisiones de la expedición

Las Ordenanzas de la Casa de Contratación de 1508, estipulaban un cálculo de provisiones en las navegaciones oceánicas para un máximo de ochenta días. En la tabla 1 se refiere la ración alimenticia en las navegaciones a Indias con el cálculo calórico teórico según los conocimientos actuales.

El cómputo total de calorías —estimado por el autor del artículo—, pudiera parecer elevado, pero hay que considerar el esfuerzo al que se sometían las dotaciones a bordo de una nao del siglo XVI, durmiendo en una cubierta corrida a la intemperie, izando, y arriando el velamen, subiendo a las jarcias, a las arboladuras, etc., todo a base de fuerza bruta (Imagen 1). Manuel Gracia Rivas estima unas 3.000 a 3.500 calorías al día. Otros autores 4.000. La ración habitual de la Armada española en el siglo XXI es de 2.500 a 3.000 calorías, a excepción de expediciones en determinadas latitudes, como en la Antártida². Se estima que en la expedición de Scott (1911), sus hombres gastaron más de 7.000 calorías al día, entre otros factores, teniendo que subir desde la plataforma de Ross —a nivel del mar— hasta la meseta antártica —a más de 3.000 metros de altitud—

a través del glaciar Beardmore de 200 kilómetros de longitud, tirando de un trineo de 75 kilos (Fiennes 2003).

Ración	Cantidades	Calorías
Tocino, pescado o carne salada	8 oz	317-1.548
Habas o garbanzos	3 oz	284
Arroz, en lugar de los anteriores	5 oz	508
Bizcocho	24 oz	3.142
Vino	1/2 azumbre	770
Agua	6 cuartillos	0
Total		4.513-5.744

Tabla 1. Ración alimenticia en navegaciones a Indias. Elaboración propia. (Gracia Rivas 1995).



Imagen 1. Buque escuela *Juan Sebastián de Elcano*. Travesía atlántica. (J.M. García-Cubillana de la Cruz, 2017).

«En resumen, las Ordenanzas de la Casa de Contratación estipulaban que la ración ordinaria era de una onza y media de pan, dos pintas de agua de beber (una para lavarse) y dos pintas de vino. En los días festivos, entendiéndose por tales las fiestas religiosas, domingos y jueves, si no era vigilia, la dieta se veía enriquecida con carne de vaca o puerco y queso» (López-Ríos Fernández 1993). La distribución de calorías en la ración alimenticia diaria en las navegaciones a Indias se expone en la tabla 2.

Principios Inmediatos	Gramos	Calorías	% VCT	% VCT OMS-FAO
Hidratos de Carbono	536	3.360	51	55-60
Proteínas	137		13	10-13
Grasas	76		16	30-35
Alcohol		890	20	
Total		4.250		2.850-3.000*

Tabla 2. Distribución de calorías en la ración alimenticia en navegaciones a Indias (López-Ríos Fernández 1993; Mataix Verdú 2009).

VCT: valor calórico total.

* Varón de 20-40 años y 70 kg con actividad moderada. Incrementar un 20% si actividad alta. Modificada de López-Ríos Fernández.

En la tabla 3 se muestra la distribución de nutrientes en la ración alimenticia en las navegaciones a Indias y lo recomendado en la actualidad por las agencias internacionales OMS-FAO. Se observa cómo la dieta diaria recomendada en el siglo XVI era muy equilibrada. El deterioro por la conservación de alimentos y presencia de roedores a bordo podía alterar estas cantidades. Las fuentes de vitamina C como el perejil, vino, guisantes, habas, etc., serían suficientes si no se perdiesen por la cocción, la oxidación y la luz, con lo que las dotaciones hubieran estado protegidas del escorbuto (López-Ríos Fernández 1993).

Se conoce con detalle los bastimentos de la expedición de Magallanes mediante documentos custodiados en el Archivo General de Indias de Sevilla⁶, publicados por Fernando López-Ríos Fernández, tablas 4 a 7.

Micronutrientes	Cantidades	OMS-FAO
Colesterol	162 mg	< 300 mg
Fibra	20,7 g	18 g
Hierro	24 mg	18 mg
Calcio	550 mg	1.000 mg
Fósforo	1.974 mg	700 mg
Sodio	1.233 mg	1.500 mg
Potasio	1.607 mg	4.700 mg
Vitamina C	107 mg	45 mg
Vitamina E	5,7 mg	> 4 mg
Vitamina B	2,9 mg	1,1 mg
Ácido Fólico	166 µg	200 µg

Tabla 3. Distribución de nutrientes en la ración alimenticia en navegaciones a Indias (López-Ríos Fernández 1993; Mataix Verdú 2009). Modificada de López-Ríos Fernández.

Naos	Bizcocho	Vino	Aceite	Vinagre	Pescado seco	Bastina seca	Tocino
	Quintales	Pipas	Arrobas	Arrobas	Docenas	Arrobas	Arrobas
<i>Trinidad</i>	519	94 ^{1/2}	100	40	50	4	60
<i>San Antonio</i>	434	90	105	50	50	4	54
<i>Concepción</i>	428	89	100	40	50	4	42
<i>Victoria</i>	493	82	100	40	50	4	41
<i>Santiago</i>	297	60	70	30	45	2	31
Total	2.74	415 ^{1/2}	475	200	245	18	228

Tabla 4. Bastimentos de la Expedición de Magallanes (I). Cálculo para dos años (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Naos	Habas	Garbanzos	Lentejas	Harina	Ajos	Quesos	Miel
	Fanegas	Fanegas	Celemines	Pipas	Ristras	Arrobas	Arrobas
<i>Trinidad</i>	8 ^{1/2}	18	6	1	55	27	13 ^{1/2}
<i>San Antonio</i>	8 ^{1/2}	18	6	1	55	29	12 ^{1/2}
<i>Concepción</i>	8 ^{1/2}	18	5	1	50	20	10 ^{1/2}
<i>Victoria</i>	8 ^{1/2}	18	5	1	50	19	10 ^{1/2}
<i>Santiago</i>	8 ^{1/2}	10	2	1	40	16	7 ^{1/2}
Total	42 ^{1/2}	82	24	5	250	112	54 ^{1/2}

Tabla 5. Bastimentos de la Expedición de Magallanes (II). Cálculo para dos años (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández

Naos	Almendras	Anchoas	Sardinas	Pasas	Ciruelas pasas	Higos	Azúcar
	Fanegas	Barriles	Sardinas	Arrobas	Libras	Quintales	Libras
<i>Trinidad</i>	2	30	2.000	22 ^{1/2}	128	4	121
<i>San Antonio</i>	2	30	2.000	15	22	4	95
<i>Concepción</i>	2	30	2.000	15	20	3	20
<i>Victoria</i>	2	30	2.000	15	20	3	19 ^{1/2}
<i>Santiago</i>	1	30	2.000	7 ^{1/2}	10	2	16 ^{1/2}
Total	9	150	10.000	75	200	16	272

Tabla 6. Bastimentos de la Expedición de Magallanes (III). Cálculo para dos años (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández

Naos	Carne membrillo	Alcaparras	Mostaza	Arroz	Vacas	Puercos	Sal
	Cajas	Jarras	Jarras	Libras			Cahices
<i>Trinidad</i>	55	1	5	100	2	3	-
<i>San Antonio</i>	4	-	4	50	1	-	-
<i>Concepción</i>	4	-	4	30	1	-	-
<i>Victoria</i>	4	-	3	30	1	-	-
<i>Santiago</i>	4	-	2	12	1	-	-
Total	70	1	18	222	6	3	-

Tabla 7.- Bastimentos de la Expedición de Magallanes (IV). Cálculo para dos años (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

La mayoría de la estiba se hizo en los muelles de Sevilla y no en Sanlúcar de Barrameda, dado que las mercancías más pesadas se cargaban primero para calcular el sitio libre para otras más ligeras, además de disponer de una maquinaria pesada denominada *El ingenio* que facilitaba el trabajo de los arrumbadores, encargados de la carga y descarga. Las vasijas de madera se taparon con corcho. Las botas de vino se estibarón acostadas y calzadas en hileras superpuestas y entre ellas mercancías. El vino se compró en Jerez, nuevo y añejo (Borrego Plá 2019). Otro autor refiere la adquisición en Montilla, junto a pellejos de la Mancha; la galleta en los hornos de Sevilla y Alcalá de Guadaíra; el tocino y jamón de Extremadura; la cecina, de León; el queso curado del valle de Los Pedroches; los garbanzos de Zamora; las habichuelas, amonadas, y las ristras de ajos, de Cabra; las cebollas, de La Puente de Don Gonzalo; las anchoas conservadas en salmuera, de Málaga; el arroz, del Reino de Valencia, etc. (Calvo Poyato 2019). Respecto a los animales embarcados, existen discrepancias sobre su número y especie, refiriéndose veinte carneros, doce jaulas con una docena de capones cada una y otras tantas de conejos de la Cartuja de Santa María de las Cuevas (Calvo Poyato 2019).

Era usual al regreso de las navegaciones a Indias, utilizar las tortas de mandioca, una vez se acabase el bizcocho o galleta. Aunque su ingesta es áspera —debe cocinarse o remojar en agua o caldo— son muy resistentes a corromperse. En lugar de ensaladas se tomaba sargazo o lenteja marina, cruda o cocinada. En la bahía de San Julián, los expedicionarios de Magallanes cazaron pájaros y zorros (Martínez Martínez 2015).

3. Equipo sanitario y medicación embarcada

En la tabla 8 se reseña la dotación sanitaria de la expedición. Solo uno de ellos, el barbero Hernando de Bustamante regresó en la *Victoria* junto a Juan Sebastián de Elcano, siendo el primer profesional de la Medicina en circunnavegar el mundo.

Naos	Cirujano	Barberos cirujanos
<i>Trinidad</i>	Juan de Morales	Marcos de Bayas
<i>San Antonio</i>	-	Pedro de Olobarrieta
<i>Concepción</i>	-	Hernando de Bustamante
Total	1 cirujano y 3 barberos	

Tabla 8. Equipo sanitario de la Expedición de Magallanes (Almazán Altuzarra 2015; López-Ríos Fernández 1993). Elaboración propia.

El cirujano Juan Morales y el barbero Marcos de Bayas fueron los primeros sanitarios en realizar una autopsia a bordo de un barco, cuando la nao *Trinidad* intentaba hacer el tornaviaje, cruzando el Pacífico rumbo a Panamá: «quiso Nuestro Señor oír sus ruegos, y amansó algo el tiempo; y por que la Gente adolecía, creciendo que el mal eran lombrices, abrieron el primer Hombre que murió, y no le hallaron más que una» (López-Ríos Fernández 1993). En las tablas 9 a 15 se presenta la lista de medicinas embarcadas.

Aguas de	Cantidades	Uso medicinal
Borraja	Dos azumbres	Cólicos y melancolía
Almirones	Media arroba	Laxativo
Lengua de buey	Media arroba	Anti-ponzoñosa
Hinojo	Media arroba	Carmimativa y digestiva
Andivia	Media arroba	Enfermedades hepáticas e ictericia
Cerrajas	Media arroba	Astringente y antiflogística
Alcolea	Media arroba	Desintoxicante

Tabla 9.- Lista de medicinas embarcadas (I) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Ungüentos	Cantidades	Uso medicinal
Diacimino	Un bote	Resfriados de pecho y cabeza
Confortativo	Un bote	Dolencias gástricas y flemas
Diacathólico	Quince onzas	Purgante suave
Zumo de rosas	Catorce onzas	
Diaridón	Una libra	Digestivo
Diafénico	Una libra	Fiebre, gastralgias y cólicos
Triaca	Dos libras	Contraveneno
Benedita	Tres libras	Cefaleas, pleuresías, litiasis, reumatismos
Trementina	Dos libras	
Manteca de vaca	Dos libras	Lenitivo
Marciato	Una libra y media	Múltiples usos
Rosado	Una libra	Hemorroides, dolores articulares
Apostolorum	Una libra y trece onzas	Cicatrizante de llagas y úlceras
Basilicón	Dos libras	Forúnculos

Tabla 10. Lista de medicinas embarcadas (II) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Ungüentos	Cantidades	Uso medicinal
Resuntivo	Quince onzas	
Giripliega	Tres libras y cuatro onzas	
Diacartano	Una libra	Purgativo
Desopilativo	Una libra y ocho onzas	Dolencias de hígado
Aromático rosado	Quince onzas	
Blanco	Dos libras	Refrigerante, astringente, quemaduras, pruritos
Agripa	Una libra y once onzas	Diurético y analgésico
Dialtea	Dos libras	Dolores de pecho y resfriados
Diaprunis	Una libra y tres onzas	Eleuterio y lenitivo
Miclete	Diez onzas	Astringente, hemorroides y disentería
Dialaca	Once onzas	Hidropesía, diurético
Minio	Una libra y catorce onzas	Refrigerante y secante
Sandalino	Una libra	

Tabla 11. Lista de medicinas embarcadas (III) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Aceites de	Cantidades	Uso medicinal
Rosado	Una cuarta	
Neldo	Una cuarta	Estimulante
Alcaparras	Una alcuza	Obstrucciones de bazo
Almáciga	Una alcuza	Resolutivo y sedante
Encencio	Una alcuza	Astringente, sudorífico
Manzanilla	Seis libras y media	

Tabla 12. Lista de medicinas embarcadas (IV) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Otros productos	Cantidades	Uso medicinal
Azúcar rosado	Un jarro	Fortalece corazón, estómago y vísceras
Miel rosada	Siete libras	
Alumbre		
Oro pimienta		Cáustico
Azarco	Una libra	Sicativo

Tabla 13. Lista de medicinas embarcadas (V) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Otros productos	Cantidades	Uso medicinal
Bolarménico	Dos libras	Astringente
Mirabolanos		Evacuante
Almartaga	Cuatro libras	
Albayalde	Dos libras	
Cardenillo	Una libra	Fungicida
Píldoras	Once onzas	
Almáciga	Cuatro onzas	
Polvos para miembros	Siete onzas	
Grasa	Media libra	
Artritia	Dos onzas	

Tabla 14. Lista de medicinas embarcadas (VI) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Otros productos	Cantidades	Uso medicinal
Azogue	Media libra	Enfermedades venéreas
Polvos de diamargariton	Siete onzas	Fortificantes
Polvos restitivos	Cuatro onzas	Epistaxis y hemorragias
Cañafistola	Una libra	Purgante
Rosas	Una libra	
Violetas	Una libra	
Jarabe rosada	Cuatro libras y media	
Jarabe de orozuz	Cinco libras y media	Expectorante, antiácido
Oximiél simple	Seis libras	

Tabla 15. Lista de medicinas embarcadas (VII) en la Expedición de Magallanes (López-Ríos Fernández 1993). Modificada de López-Ríos Fernández.

Enfermedades a bordo

En un estudio realizado por Pablo E. Pérez Mallaína sobre 2.357 personas pertenecientes a siete expediciones de armadas que salieron de España entre 1573 y 1593, la tasa de mortalidad a bordo fue del 123 por mil, tres veces superior a la media europea durante esa época, que era del 40 por mil. No obstante, la cifra es orientativa dado que en los buques del estudio no viajaban mujeres, niños ni ancianos (Gracia Rivas 1995). Siguiendo a los doctores Fernando López-Ríos Fernández y José Manuel Blanco Villero, podemos dividir la patología naval de la época en varios apartados (López-Ríos Fernández 1993; Blanco Villero 2019).

Traumatismos y heridas

Heridas

- A. Contusas.- Producidas por agentes traumáticos obtusos; a bordo por caídas desde los mástiles, jarcias, más habituales durante los golpes de mar; en tierra, tras enfrentamiento con indígenas.

- B. Incisas.- Producidas por instrumentos de hoja afinada y cortante, cuchillos, espadas, puñales, lanzas, incluso fricciones por los cabos de la maniobra.
- C. Punzantes.- Producidas por agentes traumáticos puntiagudos, tipo lanzas y flechas, dotadas de punta de hueso de animales, obsidiana, sílice, metálicas o incluso huesos de peces. Era frecuente que los indígenas envenenaran las puntas de las flechas con sustancias de origen animal o vegetal, como el manzanillo —*Hippomane mancinella*— o el curare —*Strychnos toxifera*—.
- D. Por arrancamiento o avulsión.- Mordeduras por animales marinos en caso de caída al mar (tiburones, etc.) o ríos (pirañas, caimanes, etc.) o por animales terrestres cuando desembarcasen.
- E. Abrasiones.- A bordo suelen ser producidas por roces con los cabos, o castigos corporales con latigazos.
- F. Por aplastamiento.- Casi siempre correlacionadas con lesiones internas importantes, *Crush Syndrome*, y en los miembros, síndrome compartimental.
- G. Especiales.- Por armas de fuego.

Fracturas

Originadas con cierta frecuencia a bordo por caídas en situaciones de zafarrancho de combate o de mala mar. En tierra por los enfrentamientos con indígenas, que usaban mazas, macanas o piedras.

Congelaciones, ahogamientos

Enfermedades infecciosas

- A. Disenterías.- Víricas, bacterianas o parasitarias. No son patologías de índole propiamente náutica, siendo transportadas a otros puertos utilizando el barco como vector. Su origen suele ser el agua o la comida contaminada. Cursan con gastroenteritis, con moco y sangre en las heces, acompañada de astenia, mialgia y fiebre. Los españoles iniciaron la destilación del agua de mar mediante alambiques en 1566.

- B. Fiebre tifoidea.- Producida por la *Salmonella typhi*, conocida antiguamente como «fiebre pútrida o maligna». El cuadro clínico clásico consta de fiebre, diarrea y erupción cutánea.
- C. Tifus exantemático.- Enfermedad conocida como «fiebre de los barcos, tabardillo o fiebre de los navíos», es transmitida por la picadura de piojos de la ropa —*Pediculus humanus vestimenti*— o pulgas infectadas. La bacteria causal, *Rickettsia prowazeki*, se elimina por las heces del insecto durante la picadura, inoculándose mediante rascado. Tras un periodo de incubación de una a dos semanas, el debut clínico es brusco, inicialmente un cuadro pseudogripal con cefalea, fiebre elevada, escalofríos, artralgias, mialgias, postración, etc., seguido a los dos o tres días por estupor y delirios. Al cuarto o séptimo día del inicio se presenta un exantema centrífugo que respeta las manos y plantas de pies, un dato característico.
- D. Sífilis.- Conocida como «morbo gallico, mal de bubas o lúes venérea». Trasmisión sexual salvo la vía placentaria, con su variedad congénita.
- E. Otras.- Sarampión, viruela, malaria y otras enfermedades venéreas.

Enfermedades propiamente tropicales

- A. Fiebre amarilla.- Originada por un *flavovirus* y transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Conocida como «calentura pútrida o vómito prieto», cursa en los casos graves con ictericia, albuminuria, hemorragias y muerte.
- B. Leishmaniasis.- Causadas por protozoos del género *Leishmania*, transmitidas por hembras de especies del mosquito *Lutzomya* en América y *Phlebotomus* en el resto del mundo. Se presenta con tres manifestaciones clínicas: cutánea «Botón de Oriente»; mucosa (oral y nasal), y visceral «kala-azar», esta última con manifestaciones graves de anemia, neutropenia, pérdida de peso y hepatoesplenomegalia.
- C. Tripanosomiasis.- Originadas por el protozoo *Trypanosoma cruzi* y transmitida por la picadura de chinches *Triatoma infestans Klug* que previamente han succionado sangre de vertebrados silvestres parasitados. Originan la conocida como «Enfermedad de Chagas, *mal do bicho* o *bicho*», la cual, tras una zona indurada en el punto de entrada (chagoma), debuta con malestar, fiebre, edema,

hepatoesplenomegalia y adenopatías. Tras resolverse el cuadro clínico en cuatro a ocho semanas, en el 10 al 30% de los casos, presentan como secuelas complicaciones cardíacas crónicas y/o megaesófago.

- D. Otros artrópodos.- Tungiasis, originada por la pulga *Tunga penetrans*, cuya larva se introduce entre los dedos de los pies produciendo prurito y malestar, pudiendo ulcerarse o sobreinfectarse.

Tétanos

Conocido como «pasma». Originado por la bacteria anaerobia *Clostridium tetani*.

Intoxicaciones alimentarias

- A. Por ingesta de animales.- Además de las descritas en las Disenterías, pueden ser originadas por la ingesta de comida contaminada por toxinas, como el botulismo, o por la comida adulterada. Cuando se acababan los víveres a bordo, había que ingerir productos del mar, peces, mamíferos y tortugas marinas, y una gran variedad de crustáceos y moluscos, sin dejar de mencionar las ratas de las sentinas o las plantas y frutas venenosas cuando se arribaba a tierra. Entre las intoxicaciones clásicas de los marinos están los ictiosarcotismos, siendo el más conocido la Ciguatera, nombre procedente de la palabra cubana *Cigua*, denominación que recibe un caracol marino venenoso, *Livonia pica*. Cursa con manifestaciones gastrointestinales, neurológicas y cardiovasculares, siendo los síntomas princeps la inversión de la sensación térmica calor/frío y el hormigueo peribucal. La enfermedad es causada por ingestión de las toxinas producidas por ciertos dinoflagelados que viven en los arrecifes: ciguatoxina, maitotoxina, escaritoxina, palitoxina, ácido okadaico, etc. Ingeridas por los peces se incorporan en la cadena trófica marina.
- B. Por ingesta de vegetales.- Relativamente frecuentes por el desconocimiento de los europeos. Las más conocidas son el «manzanillo o árbol de la muerte» —*Hippomane mancinella*— una planta euforbiácea, con fruta similar a la manzana de agradable aroma, mortal para los humanos. Segregan un látex blanquecino muy irritante y cáustico, que ocasiona ampollas, quemaduras o ceguera por contacto. Otra planta tóxica es el «estramonio», la *Datura stramonium*, muy frecuente en la península ibérica (García-Cubillana de la Cruz et al. 1991).

Patología nutricional

A. Desnutrición.- Como se ha referido al tratar la ración alimenticia de las navegaciones a Indias, una dieta fundamental del marino era la galleta o bizcocho —de *biscuit*, dos veces cocido—, elaborado con harina, trigo, agua y levadura. El principal problema al que se enfrentaba la gente de mar en los largos viajes transoceánicos era la desnutrición o malnutrición —acompañada en la mayor parte de los casos de deshidratación— lo que incrementaba la susceptibilidad a otras enfermedades, como las infecciosas. Los síntomas incluían debilidad, fatiga, irritabilidad, apatía, pérdida de peso, palidez, descamación de la piel, estomatitis y aparición de petequias. Existen dos tipos de desnutrición, la calórica —de larga evolución, en la que prima la emaciación o caquexia y pérdida de fuerza y energía— y la proteica, conocida como «Kwasiorkor», esta última debida a una alimentación exclusiva con hidratos de carbono y ausente de proteínas animales y vegetales, ocasionando edemas generalizados, hipotrofia muscular con tendencia a fracturas, caída del pelo y retraso en la cicatrización de las heridas. En los marinos del siglo XVI, cuando se producía una desnutrición por falta de víveres, solía ser mixta, calórica y proteica. Muestra de ello, la carta que Juan Sebastián de Elcano, escribió a su regreso al emperador Carlos I: «Habiendo partido de la última de aquellas islas (Molucas), en cinco meses, sin comer más que trigo y arroz y bebiendo solo agua, no tocamos en tierra alguna por temor al Rey de Portugal [...]. Y así, entre el Cabo de Buena Esperanza y las islas de Cabo Verde se nos murieron de hambre veintidós hombres» (Blanco Villero 2019).

En la travesía del Pacífico, el italiano Antonio Pigafetta, cronista de la expedición, escribió lo siguiente: «Estuvimos tres meses sin probar clase alguna de viandas frescas. Comíamos galleta: ni galleta ya, sino su polvo, con los gusanos a puñados, porque lo mejor habianselo comido ellos; olía endiabladamente a orines de rata. Y bebíamos agua amarillenta putrefacta ya de muchos días, completando nuestra alimentación los cellos de cuero de buey. Que en la cofa del palo mayor, protegían del roce a las jarcias; pieles más que endurecidas por el sol, la lluvia y el viento.

Poniéndolas al remojo del mar cuatro o cinco días y después un poco sobre las brasas, se comían no mal; mejor que el serrín, que tampoco despreciábamos» (Pigafetta 1522).

- B. Deshidratación.- Frecuente a bordo de los buques, por la pérdida de agua y sodio debido a la exposición solar. Los síntomas de inicio incluyen astenia, confusión y obnubilación, empeorando si los marinos bebían agua de mar con la hipernatremia y fallo renal consecuente. Otro cuadro clínico grave, y a veces mortal por fallo multisistémico, era el golpe de calor.
- C. Carencias vitamínicas.- La primera de ellas, la deficiencia de tiamina (vitamina B₁), que causa la enfermedad conocida como «Beri-Beri», frecuente en los países orientales alimentados básicamente con arroz descascarillado en crudo y en pescadores sometidos durante largo tiempo a dietas a base de harina de trigo refinadas, ya que esta vitamina se encuentra en la capa externa de los cereales. Muy frecuente en las exploraciones antárticas del siglo XIX y primera mitad del XX, presentando los expedicionarios fatiga, calambres musculares, hinchazón de piernas, dolor torácico e insuficiencia cardiaca, síntomas que eran achacados al escorbuto, mejorando cuando tomaban carne fresca de foca y pingüino, cocinadas en aceite de hígado de bacalao.

La segunda y más conocida, el déficit de vitamina C, causante del Escorbuto, verdadero azote de las tripulaciones de los marinos. Al ser el ácido ascórbico imprescindible para la formación de colágeno, carnitina, hormonas y aminoácidos, es fundamental para la cicatrización de las heridas y quemaduras. Los pacientes presentaban en una primera fase fatiga, depresión, laxitud y adelgazamiento, seguida en una segunda fase de afectación cutánea y mucosa, con la aparición de gingivitis, queratosis folicular, cabello rizado y hemorragias perifoliculares —un signo casi patognomónico—. Las encías se tornaban tumefactas con sangrado y frecuentes pérdidas dentarias, apareciendo en fases avanzadas una neuropatía femoral, edemas y hemorragias en miembros inferiores, con derrames articulares, convulsiones, colapso y muerte. La mayoría de los animales pueden sintetizar el ácido ascórbico a partir de la glucosa, no así los humanos que precisan obtenerlo de la dieta, encontrándose en los cítricos, vegetales frescos y tubérculos, y en menor proporción en la carne, pescado y leche fresca (Blanco Villero 2019).

Antonio Pigafetta escribió en su Códice: «Las ratas se vendían a medio ducado la pieza y más que hubieran aparecido. Pero por encima de todas las penalidades, ésta era la peor: que les crecían a algunos las encías —así los superiores como los inferiores de la boca— hasta que de ningún modo les era posible comer: que morían de esta enfermedad. Diecinueve hombres murieron, más el gigante y otro indio de la tierra de Verzín. Oros veinticinco o treinta hombres enfermaron, quién en los brazos, quién en las piernas o en otra parte; así que sanos quedaban pocos» (Pigafetta 1522).

Ginés de Mafra, piloto de la nao *Trinidad*, refiere que la dotación se lavaba las encías con orines o agua de mar a fin de mantenerlas limpias (López-Ríos Fernández 1993). Una trágica paradoja de la expedición fueron los más de veinte fallecidos por escorbuto en la travesía de regreso desde Las Molucas, a través del océano Índico y Cabo de Buena Esperanza. La nao *Victoria* tenía su bodega repleta con 27 toneladas de clavo de olor, una de las especias con mayor poder antioxidante y muy rica en vitamina C —posee más de 80 mg por 100 gramos—, además de contener carotenos, vitamina E, selenio y demás neutralizadores de radicales libres. Juan Sebastián de Elcano y Antonio Pigafetta se salvaron, sin ellos saberlo, al ingerir dulce de membrillo, reservado sólo para los oficiales, no para el resto de la tripulación extenuada y moribunda (Lira 2019). Según la OMS-FAO las necesidades diarias de vitamina C son 45 mg, contenidos en 50 gramos de clavos de olor.

Mortalidad en la expedición

Siguiendo al estudio realizado por Javier Ángel Almazán Altuzarra en su tesis doctoral, se conocen los siguientes datos. De los 243 miembros de la expedición que partieron de Sanlúcar de Barrameda, descontando los 56 que regresaron en la nao *San Antonio* tras su desertión, restan 187. De ellos, 35 sobrevivieron, 49 se dieron por desaparecidos y 103 fallecieron. En la tabla 16 se exponen las causas del óbito de estos últimos.

Causas del fallecimiento	Nº
Trastornos nutricionales (escorbuto)	66
Enfermedad no precisada	13
Muerte súbita	1
Muerte violenta	18
Ahogados	5
Total	103

Tabla 16. Causas del fallecimiento de 103 tripulantes (Almazán Altuzarra 2015).
Elaboración propia

Llama la atención del escaso número de ahogamientos, en un viaje de tres años, eminentemente marítimo.

4. Consideraciones finales

En este artículo se ha pretendido recopilar alguno de los aspectos sanitarios de la primera circunnavegación al mundo, una expedición, que cinco siglos después, sigue siendo elogiada como una de las más grandes gestas de la Edad Moderna. En la actualidad, cuando los viajes se programan con satélites conectados a dispositivos electrónicos móviles que permiten una localización en tiempo real, la hazaña de esos 243 hombres que se enfrentaron a un escenario hostil y desconocido, en un intento de alcanzar la Especiería a través de una posible comunicación entre los océanos Atlántico y Pacífico, entonces ignota, sigue impresionando a todos.

Desde el punto de vista sanitario podemos resaltar como hito la primera vez en la historia de la Medicina que se hizo una autopsia a bordo, en el intento de tornaviaje de la nao *Trinidad* a América; y como tragedia, el elevado número de muertes por malnutrición y escorbuto.

Desde el punto de vista nutricional es llamativa la precisión del balance energético entre los distintos principios inmediatos en las raciones alimenticias en las navegaciones a Indias, en una época en la que los preceptos alimentarios eran totalmente empíricos, lejos de los métodos científicos de laboratorio actuales. En la tabla 2 hemos podido

apreciar cómo, según las actuales recomendaciones de la OMS y FAO en cuanto al valor calórico total, el nivel de hidratos de carbono y proteínas era el adecuado, con una reducción casi a la mitad de la proporción de grasas, que se compensaba a nivel calórico con una generosa cantidad de vino, por otra parte, necesario ante los peligros de beber el agua contenida en las pipas, con frecuencia corrompida.

Respecto a las vitaminas y micronutrientes contenidos en la ración alimenticia (tabla 3), según lo recomendado por la OMS y FAO, el nivel de fibra era el adecuado, elevado el de fósforo y reducido el de calcio y potasio. De resaltar, el llamativo óptimo nivel de las vitaminas, que hubiera evitado la aparición de enfermedades como el escorbuto, pero que, al estar presentes en los alimentos frescos y perecederos, perdían su capacidad al estar expuestos al calor, la cocción y la oxidación.



Imagen 2. Ceremonia del vertido del agua recogida en el viaje anual en el buque escuela *Juan Sebastián de Elcano*. Salón de Símbolos. Panteón de Marinos Ilustres. Población Militar de San Carlos de San Fernando (Cádiz). Disponible en: <https://www.lavozdigital.es/cadiz/lvdi-juan-sebastian-elcano-despide-cadiz-orgullo-y-entre-honores-201901111935_noticia.html>

5. Epílogo

Treinta y tres hombres dieron por primera vez la vuelta al mundo. Dieciocho regresaron en la nao *Victoria* en 1522, doce fueron rescatados en las Islas de Cabo Verde en 1523 tras ser liberados por los portugueses, y tres supervivientes de la nao *Trinidad* retornaron en 1526. A excepción de los que murieron en tierra —caso de Magallanes el 25 de abril de 1521 en la isla de Mactán—, la mayoría de los que fallecieron, descansan en el mar. Juan Sebastián de Elcano murió el 4 de agosto de 1526 en medio del Pacífico, tras cruzar el Estrecho de Magallanes a bordo de la nao capitana *Santa María de la Victoria*, en la expedición de García Jofre de Loaisa a las Islas Molucas con la intención de fijar la posición del antimeridiano. Su cuerpo reposa en el mar.

Existe un espacio conmovedor detrás del altar del Panteón de Marineros Ilustres de la Población Militar de San Carlos en San Fernando (Cádiz), conocido como «Salón de Símbolos o Nave del Cenotafio» (Imagen 2), dedicado a la memoria de todos aquellos marinos que, entregando su vida por España, reposan en las profundidades de los mares. Todos los años, los guardiamarinas, tras su preceptivo viaje de estudios a bordo del buque escuela *Juan Sebastián de Elcano*, vierten el agua recogida en los distintos mares, a la piscina circular existente (Figura 2). Los que acudan a visitarlo, deben honrar y respetar el espíritu de aquellos marinos que por primera vez circunnavegaron el globo, aportando a la humanidad conocimiento científico y entendimiento entre los pueblos.

Bibliografía

Almazán Altuzarra, J.A. Tesis doctoral: Estudio clínico y epidemiológico de la primera circunnavegación a la tierra. Universidad Autónoma de Madrid, 2015.

Archivo General de Indias. Patronato, 34, R.10; Contratación, 3255, L.1.

Blanco Villero, J.M. Patología naval en la época de los descubrimientos. En: Borrego Plá, María del Carmen. El Jerez en la Travesía Magallánica. En: Conmemoración del Quinto Centenario de la Primera Circunnavegación: La Expedición Magallanes-Calvo Poyato, José. La ruta infinita. Madrid, 2019.

Conmemoración del Quinto Centenario de la Primera Circunnavegación: La Expedición Fiennes, Ranulph. Capitán Scott. Barcelona, 2003.

Elcano (1519-2029). I Jornadas Académicas. Instituto de Academias de Andalucía, Cádiz, 2019.

García-Cubillana de la Cruz, J. M.; Samalea Pérez, F.; Ruiz Lopera, M.; Gutiérrez Barrio, P.; Sánchez García, F. J.; Paredes Salido, F. Intoxicación por *Datura stramonium*. A propósito de un caso clínico. Arch Pediatr 1991; 42 (2): 104-8.

Gracia Rivas, M. La Sanidad Naval Española. Madrid: E.N. Bazán, 1995.

Lira, E. La primera vuelta al mundo: el regreso. National Geographic, España 2019; octubre: 82-97.

López-Ríos Fernández, F. Medicina naval española, en la época de los descubrimientos. Barcelona, 1993.

Magallanes-Elcano (1519-2029). I Jornadas Académicas. Instituto de Academias de Andalucía, Cádiz, 2019.

Martínez Martínez, S. Las páginas del mar. Barcelona, 2015.

Mataix Verdú, J. Nutrición y Alimentación Humana. Madrid, 2009.

Pigafetta, A. Códice. Primer viaggio intorno al globo terracqueo. Biblioteca Ambrosiana de Milán, 1522.

ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (II)

NURSES AND HISTORY: MEMORIES OF YESTERDAY (II)

Natalia Rodríguez-Novo¹, Francisco Javier Castro-Molina², José Ángel Rodríguez-Gómez¹

¹Departamento de Enfermería, Universidad de La Laguna; ²Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria, Universidad de La Laguna.

Correspondencia a: nrodrigu@ull.edu.es

Recibido: 01/07/2019
Aceptado: 16/11/2019

Resumen

La Enfermería ha estado presente en la Historia “siempre”. El cuidado de por sí, surgió en las cavernas, con aquellos primeros hombres que nos precedieron, y que colocaron la primera piedra de nuestra civilización. Estos cuidados, informales en su origen que se desarrollaban en el espacio doméstico, fueron dando paso a formas mucho más elaboradas que buscaban dar solución a los problemas de las personas, a cubrir sus necesidades, a acompañar a los que más lo necesitaban. Porque eso sí, la Enfermería y las enfermeras siempre han estado “presentes”. Progresivamente, las ordenes religiosas asumieron una labor del cuidado prestado a los pobres y desvalidos, que en numerosas ocasiones no era bien vista por la sociedad de ese momento. Las pequeñas casas de beneficencia fueron dando paso a hospitales de organización cada vez más compleja bajo la protección de las clases dominantes.

Palabras claves: cuidados, Enfermería, enfermera, historia.

Abstract

Nursing has been present in history "always". Self-care arose in the caves, with those first men who preceded us, and who laid the first stone of our civilization. This care, informal in its origin that was developed in the domestic space, was giving way to much more elaborate ways that sought to provide solutions to people's problems, to cover their needs, to accompany those who most needed it. Because yes, Nursing and nurses have always been "present". Progressively, the religious orders assumed a task of caring for the poor and helpless, which on many occasions was not well regarded by society at that time. The small charities were giving way to increasingly complex organizing hospitals under the protection of the ruling classes.

Key words: care, nursing, nurse, history.

Continuación artículo “ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (I)”

1. Cuidados Profesionalizados. La consolidación de una profesión con miras de futuro

La primera intervención llevada a cabo en la formación de los enfermeros fue realizada por el Dr. Federico Rubio y Gali con la creación en 1896 de la primera Escuela de Enfermeras de Madrid en el Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, centro que posteriormente se denominó Escuela de Santa Isabel de Hungría. El programa de instrucción tuvo que esperar a la Real Orden de 7 de mayo de 1915, para desarrollar un itinerario que comprendía unos 70 temas en los que se abordaban disciplinas como la anatomía, la psicología y traumatología (vendajes y curas), áreas que presentaban una cierta concomitancia con las exigidas a los practicantes. Este esquema educativo, cuyos conocimientos eran los requeridos para la obtención de la titulación de enfermera, fue empleado tanto por laicos como por comunidades religiosas.



Imagen 1. Pastor Theodor Fliedner

Amparadas en esta disposición, se crearon las dos primeras escuelas que se dedicaron a la formación académica, la Escuela de Santa Madrona y la Escuela de Enfermeras Auxiliares de la Medicina de la Mancomunitat de Catalunya, que iniciaron su actividad formativa en 1917. Además, la Cruz Roja fundó numerosas escuelas no oficiales destinadas igualmente a la preparación de enfermeras, creando en 1920 su primera Escuela de Enfermeras en Madrid y meses después en Barcelona. Los centros docentes se multiplicaron sorprendentemente, hasta un total de treinta y dos en 1929. Tras concluir la Guerra Civil Española, con la Orden Ministerial de 26 de noviembre de 1945 se reglamentan las funciones de los Practicantes, Matronas y Enfermeras,

2. Cuidados Tecnificados. De la tecnificación a la profesionalización: los primeros pasos durante el siglo XIX

El inicio del siglo XIX vendrá caracterizado por las diaconisas, figura ya existente desde los primeros pasos de la Era Cristiana, que resurgen en este momento desde el ideario protestante. De la mano del pastor luterano Teodoro Fliedner y su esposa Friederike Münster, se funda en Alemania, en 1836, el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth

junto a un pequeño hospital, como resultado de las necesidades surgidas por los cambios sociales, económicos y culturales que trajo la Revolución Industrial. El primer año solo se contó con una alumna, Gertrude Reichardt, para aumentar, al año siguiente, hasta un total de seis. La formación, que duraba unos tres años, consistía en un entrenamiento práctico de labores domésticas, unido a la adquisición de conocimientos sobre cuidados generales a prestar a los enfermos. El programa académico se componía de aprendizaje teórico-práctico.



Imagen 2. Nightingale recibiendo a los heridos de Scutari, obra de Jerry Barrett.

El inicio del siglo XIX vendrá caracterizado por las diaconisas, figura ya existente desde los primeros pasos de la Era Cristiana, que resurgen en este momento desde el ideario protestante. De la mano del pastor luterano Teodoro Fliedner y su esposa Friederike Münster, se funda en Alemania, en 1836, el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth junto a un pequeño hospital, como resultado de las necesidades surgidas por los cambios sociales, económicos y culturales que trajo la Revolución Industrial. El primer año solo se contó con una alumna, Gertrude Reichardt, para aumentar, al año siguiente, hasta un total de seis. La formación, que duraba unos tres años, consistía en un entrenamiento práctico de labores domésticas, unido a la adquisición de conocimientos sobre cuidados generales a prestar a los enfermos. El programa académico se componía de aprendizaje

teórico- práctico sobre los cuidados a prestar a los enfermos unido a un rotatorio clínico por los hospitales, además de conocimientos sobre ética, religión, farmacia y asistencia domiciliaria.



Imagen 3. Enfermera de la Cruz Roja (primer tercio del siglo XX).

Este caldo de cultivo fue el precursor del posterior diseño del primer programa oficial de entrenamiento de enfermeras, la denominada Escuela Nightingale para enfermeras, que fue inaugurado en 1860 en el Hospital de Santo Tomás con un total de 15 alumnas. El principal objetivo de la escuela fue entrenar enfermeras para prestar cuidados en hospitales y asistir a las clases menos pudientes, capacitándolas para las actividades asistenciales domiciliarias. Florence Nightingale, tras su participación en la Guerra de Crimea, jugó un papel fundamental en la fundación de la enfermería moderna como profesión, estableciendo los parámetros de compasión-dedicación al cuidado del paciente, y la atención a la gestión-administración de los hospitales. Demostró estar

capacitada para las matemáticas y la estadística, llegando a convertirse en un ejemplo destacable en la representación gráfica de los resultados obtenidos. Además, tuvo una influencia decisiva en la creación de la Cruz Roja Británica en 1870, siendo miembro de su comité de damas hasta su fallecimiento.

Dos años más tarde, en 1862, bajo las recomendaciones de Nightingale, se funda en Liverpool la primera Escuela de Salud Pública para instruir a las denominadas «enfermeras visitadoras, de salud pública, o también denominadas de distrito», que centraban su actividad en la educación para la salud, las visitas a los domicilios y la asistencia a los menos favorecidos socialmente. Este amago de consolidación de la enfermera comunitaria se materializó en 1893 de la mano de Lillian Wald. Al igual que en Gran Bretaña,

Bibliografía

Abate Tirón. Historia y trajes de las órdenes religiosas. Barcelona: Editado por Doctor Martí y Artigas, 1854.

Arocha de Cabrera, O. Símbolos de pertenencia de la enfermería. Revista Avances de la Enfermería [Col].2000; XIX (1).

Brocker, S.; Furgang, K. Clara Barton: la fundadora de la Cruz Roja Americana, 1821-1912. In Médico pioneros. China: Estudios sociales, 2011.

Castro Molina, F.J. Arquitectura y Medicina en Canarias. Dispositivos asistenciales y recursos sanitarios en Tenerife (s. XVI-XX). Tesis doctoral-Universidad de La Laguna bajo la dirección de María Isabel Navarro Segura y Jesús Pérez Morera; La Laguna: [s.n.], 2012.

Castro Molina, F.J; Castro González, Mariapaz; Megías Lizancos, F; Martín Casañas, F.V; Causapie Castro, A. (2012) Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.05>.

Coss, C. Lillian D. Wald: Progressive Activist. New York: The Feminist Press at CUNY, 1989.

Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. 2 volúmenes. Madrid: Espasa Libros SLU, 2001.

Dickens, C. The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit. Volumen I-II. London: Chapman and Hall, 1865.

Galera Gracia, A. La verdadera de la Orden del Templo de Jerusalén. A la luz de la documentación histórica. Madrid: Editorial Edaf S.L., 2008.

García Barrios, S.; Calvo Charro, E. Historia de la Enfermería. Málaga: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Málaga, 1992.

García Martín-Caro, C.; Martínez Martín, M.L. Historia de la enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid: Editorial Elsevier, 2007.

Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995.

Instrucciones ascéticas para las Hijas de la Caridad de España. Madrid: Imprenta Repullés, 1827.

1ª Jornadas de Enfermería de Lanzarote: ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Dirección de Enfermería del Hospital General de Lanzarote, Escuela Universitaria de Enfermería de Lanzarote y el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas. Lanzarote, del 8 al 10 de Octubre de 1992. Pase de uniformes de enfermería por épocas dentro de las actividades de la organización.

León Román C.A. Los atributos de Enfermería. Hospital Clínico-quirúrgico de los Hermanos Ameijeiras, Boletín no 2, 1994.

Noel, N. F. Isabel Adams Hampton Robb, 1860-1910. In American Nursing: A Biographical Dictionary. Nueva York: Garland Publishing, 1988.

Parentini, M. R. Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Uruguay: Ediciones Trilce, 2002.

Rubio Pilarte, J.; Expósito González, R.; Solórzano Sánchez, M. La cofia, su historia. Enfermería Avanza [Blog]. Publicado el 16 de octubre de 2011. URL: <<http://enfeps.blogspot.ch/2011/10/la-cofia-su-historia.html>>; consultado el 8 de octubre de 2012.

Salas Iglesias, P. M. El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea. Alicante: Editorial Club Universitario, 2012.

SAPIENZA VIVA

HISTORIA DE LA SEÑORITA SARA

HISTORY OF MISS SARA

José Eloy García García¹, Alicia Méndez Salguero²

¹Centro de Salud Infanto-Juvenil de Teatinos Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA; ²Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA.

Correo electrónico: jeloyladines@gmail.com

Recibido: 11/03/2020
Aceptado: 30/05/2020

Dedicatoria

A la Srta. Sara, por mostrar una forma de ser y de estar en el mundo como mujer, madre y enfermera. Satisfecha con su profesión, disciplinada y fascinada por la cultura.

Agradecimientos

A Faustino Dionisio García García, hijo de Sara, que ha proporcionado la base documental y gráfica para elaborar este artículo. A una enfermera compañera de ella, por la información aportada y cuya identidad no se revela por respeto a su deseo.

Resumen

Mujer, madre y enfermera, vivió entre 1912 y 2001. Sus comienzos profesionales tuvieron lugar en los últimos años de la postguerra, en el Sanatorio Antituberculoso del Naranco de Oviedo, aunque previamente también ejerció como maestra de forma circunstancial. La profesión de la enfermería distaba mucho de la actual como lo demuestra el régimen de internado al que estaban sometidas las enfermeras, el espacio laboral compartido con las órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos, y la formación diseñada dentro de los parámetros de la dictadura. El desarrollismo y la

presión demográfica al final de la década de los 50 empujó a la construcción de nuevos hospitales, como la Residencia Sanitaria de Ntra. Sra. de Covadonga, al que se trasladó en 1963. El protagonismo de las enfermeras empezó a ser un poco más visible a partir de la creación de la diplomatura universitaria en 1977. En ese mismo año Sara participó en un congreso mundial de enfermeras celebrado en Tokio, organizado por el Consejo Internacional de Enfermería, además de en otras actividades académicas. Se jubiló en 1980 dedicándose a la vida familiar hasta el año 2001 en el que finalizó su existencia.

Palabras claves: historia, enfermería, tuberculosis, Asturias.

Abstract

A woman, mother and nurse, she lived between 1912 and 2001. Her professional beginnings took place in the last years of the post-war period, at the Sanatorium Antituberculoso del Naranco in Oviedo, although she previously also worked as a teacher on a circumstantial basis. The nursing profession was far from the current one as evidenced by the internship regime to which the nurses were subjected, the shared work space with the religious orders dedicated to the care of the sick, and the training designed within the parameters of the dictatorship. Developmentalism and demographic pressure at the end of the 1950s pushed the construction of new hospitals, such as the Residencia Sanitaria de Ntra. Sra. De Covadonga, to which she moved in 1963. The leading role of nurses began to be a little more visible after the creation of the university diploma in 1977. In that same year Sara participated in a world congress of nurses held in Tokyo, organized by the International Council of Nursing, in addition to other academic activities. He retired in 1980, dedicating himself to family life until 2001, when his existence ended.

Key words: history, nursing, tuberculosis, Asturias.

1. Marco histórico

María del Pilar Sara García García nació en Sierra el 16 de enero de 1912, una pequeña localidad perteneciente a la parroquia de Blimea, dentro del concejo de San Martín del Rey Aurelio en el Principado de Asturias. Vino al mundo al inicio del convulso siglo XX, una etapa de la historia verdaderamente compleja, que en Europa coincidía con el final de la llamada *Belle Époque*, periodo que se extendió desde el final de la Guerra Franco-Prusiana de 1871, hasta la Primera Guerra Mundial de 1914 (La Belle Époque. Wikipedia 2019). En esos años se produjeron acontecimientos con nefastas consecuencias económicas, como ocurrió con la Gran Guerra o posteriormente con la caída de la Bolsa de Nueva York en 1929 ('Jueves Negro' del 24 de octubre), y con la 'Gran Depresión' a la que dio lugar dicho acontecimiento (Jueves Negro. Wikipedia 2019). El año 1912 fue en el que se produjo el hundimiento más famoso de la historia: el del Titanic.

Para España, el arranque del siglo XX y los años previos a la Guerra Civil, fueron tiempos políticamente inestables e incluso violentos, como habían sido desde la "caída del absolutismo fernandino". El incipiente movimiento proletario que nació con la Primera Revolución Industrial se unió a un marcado activismo anarquista y las injerencias propias de un 'ejército frustrado y descontento' que veía como se pedían los restos de un imperio en el que un día 'nunca se ocultaba el sol'. Y es este momento en el que cobró enorme protagonismo el desmoronamiento colonial que contribuyó al tono gris y pesimista de la nación. El siglo comenzó con el reinado de Alfonso XIII, con el regeneracionismo y una forma de gobierno liberal, aunque no democrático, y un panorama político basado en la alternancia de los dos grandes partidos: el conservador y el liberal, con Cánovas y Sagasta al frente, respectivamente (La Restauración en España (1874-1923). Congreso de los Diputados 2019).

A los gobiernos de la Restauración (1902-1917), siguieron los de Concentración (1917-1923), que posteriormente dieron paso a la dictadura de Primo de Rivera. Después se proclamará la Segunda República española (1931) (La Restauración en España (1874-1923). Congreso de los Diputados 2019), que llegó en sustitución de una monarquía borbónica "poco resolutiva", y que tuvo que retirarse con un paso atrás de la jefatura del Estado ante una situación que poco a poco se había ido escapando a su control.

Finalmente, el 18 de julio de 1936, se produjo la sublevación militar. Un alzamiento que se gestó en contra del gobierno legítimo, de un gobierno elegido en las urnas. El ataque que supuso la rebelión provocó una de las contiendas más salvajes de la historia de la humanidad, la Guerra Civil española (1936-1939), que dio paso, tras su finalización, a la dictadura del general Francisco Franco. Pero la acción bélica no terminó en 1939, porque posteriormente hubo un 'periodo sórdido y oscuro' en donde al recorte de libertades y derechos humanos, dio la mano a un momento en el que la vida de algunos dejó de valer como había valido hasta ahora. A ello se sumó la escasez de recursos de todo tipo, incluyendo la alimentación de la población civil que llegó a tener que ser racionada. En el escenario europeo dio comienzo la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que provocó una de las catástrofes de mayor magnitud. Traspasada la primera mitad del s. XX, se produjeron un despegue de la economía y un crecimiento demográfico muy importantes, directamente relacionados con el periodo de paz que se instauró tras las dos guerras mundiales, afectando a la mayoría de los países occidentales incluyendo a España.

Pasados los años más duros de la autarquía, la Dictadura comenzó una transición hacia un tímido aperturismo al tiempo que las condiciones sociales y laborales fueron mejorando. En los años 50 y 60 se inició un desarrollo industrial muy importante, al que se unieron los primeros pasos de un proto-turismo que empezaba a conocer un país ajeno durante años al panorama internacional. Ello conllevó un éxodo progresivo e imparable de la población rural hacia las ciudades, en cuyo entorno se asentaba una actividad económica emergente. El turismo, una vez consolidado, comenzó a producir una entrada de divisas esencial para el equilibrio de la balanza de pagos, y paralelamente también trajo consigo la posibilidad de tomar contacto con otras costumbres y formas de pensar, lo cual contribuyó a la demanda creciente de libertades, especialmente en los años finales del régimen.

Este nuevo escenario requirió de un equipamiento mayor y más sofisticado ante una población que se aglutinaba en las grandes urbes. Mercados, carreteras, aeropuertos y puertos u hospitales, se convirtieron en una necesidad que hubo que paliar con premura. Este aumento de dispositivos asistenciales sanitarios, materializado en residencias sanitarias provinciales, obligó a un aumento de profesionales, entre ellos,

enfermeras. Pese a ello, en los años 70 la profesión evolucionaba lentamente buscando potenciar la capacidad de las enfermeras. Se buscaba una mayor autonomía para el desempeño del trabajo, lo cual se corresponde con un nivel menor de dependencia y subordinación al médico. En ese sentido, el salto cualitativo alcanzado con el Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio (Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio), es muy notable. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios pasan a integrarse en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería. Este hecho facilitará a las enfermeras profundizar en la construcción de un cuerpo propio de conocimientos, que faculte a la profesión para la prestación de cuidados. De hecho, la orden de 31 de octubre de 1977 (Orden de 31 de octubre de 1977), por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, menciona a las *“ciencias de la enfermería”* como parte de lo que conducirá a la enfermera al *“...conocimiento del ser humano, tanto en estado de salud como de enfermedad...”*.

2. Contexto familiar, económico y social

Sara era hija de Alejandro García Menéndez y de María Adelaida García García, la mayor de tres hermanos. Sus primeros años discurrieron en compañía de su familia, que gozaba de una situación económica favorable. Poseían alguna finca dedicada al cultivo de productos básicos como patatas o maíz para el propio abastecimiento y una pequeña industria familiar: *“la bolichería”*. En ella se fabricaban *“boliches”*, gaseosas cuya denominación se debía a una bolita que llevaban las botellas como válvula para conservar el gas. La situación de cierta estabilidad permitió que asistiera al colegio de las Dominicas de Sotrandio durante algunos años, privilegio que no estaba al alcance de la mayoría.

La actividad industrial y económica más importante en la cuenca alta del río Nalón estaba ligada a la minería del carbón, ya que albergaba multitud de explotaciones en las que trabajaba una buena parte de la población local. Otras actividades agropecuarias tradicionalmente ligadas a las economías domésticas, además de generar algunos ingresos, proporcionaban a las familias la mayor parte de los productos que constituían la base de su alimentación. La industria siderometalúrgica tuvo especial importancia en

la segunda mitad del siglo XX, así como las centrales hidroeléctricas u otras actividades que tenían sus centros de producción más alejados de la zona.

La vida de las mujeres estaba limitada por la falta de libertades, a lo cual contribuía la religión católica siempre restrictiva con el rol femenino. El hecho de que la mujer no gozara de los mismos derechos que los hombres repercutía sensiblemente en el acceso a la educación y al mundo laboral, imposibilitando que tomase conciencia de su capacidad. Las mujeres quedaban relegadas a las tareas domésticas, a la crianza de los hijos o al trabajo no remunerado en la agricultura o la ganadería, esto último era algo habitual dentro de las explotaciones familiares típicas de la Asturias rural. En la década en la que nació Sara, la población española se situaba en torno a los 20 millones de habitantes (Estadísticas Históricas de España Siglos XIX-XX, 2019). Aproximadamente la mitad de las mujeres que tenían entre 16 y 30 años eran analfabetas (Gabriel 2019).



Imagen 1. Familia de procedencia de Sara en 1926 con sus padres y hermanos ocupando ella el centro de la imagen.

A consecuencia del contexto bélico se cerró el negocio familiar, lo cual llevó a una drástica disminución de los ingresos. Su maternidad se produjo en junio de 1936, justo

un mes antes del inicio de la guerra, perdiendo el contacto con el padre de su hijo que murió pocos años después. Las estrecheces económicas sobrevenidas a causa de la guerra la obligaron a soportar una situación penosa, que también afectaba a la práctica totalidad de la ciudadanía.

3. La tuberculosis en España en los años 40

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas de las que han asolado a la Humanidad. Aunque se estima su existencia en unos 15.000 a 20.000 años, la hipótesis más aceptada es la que establece una evolución dentro del género *Mycobacterium*, donde pasó a la especie humana coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre en época Neolítica. Desde los tiempos de Hipócrates hasta prácticamente mediados del siglo XIX era considerada hereditaria y diastésica, estableciendo para su cura una terapia dietética, tratamiento que continuó empleando Galeno y los médicos renacentes. Con el comienzo del siglo XVII, la mentalidad sobre esta enfermedad dio un giro importante admitiendo una naturaleza infecto-contagiosa, y administrando sustancias tales como el café, el té, el tabaco, el cacao o la quina para su cura.



Imagen 2. Título de enfermera de la Srta. Sara (1945).

Los tratamientos dieciochescos comenzaron a emplear el contacto con la naturaleza, trasladando a los enfermos a zonas alejadas de las urbes para una conjugación de descanso, ejercicio y dieta. A ello se le unían terapias de limpieza corporal: en la fase inicial, la antiinflamatoria, se instauraba un tratamiento basado en purgas, vómitos y sangrías, mientras que en la fase ulcerativa se administraban expectorantes, opio y bálsamos. En la búsqueda de una curación de la tuberculosis, se establecieron dos corrientes bien definidas con posturas contrapuestas: los ingleses que creían en las propiedades terapéuticas y curativas de la hidroterapia marina, y la alemana, que confiaba en el clima de montaña para el tratamiento de la tisis, tras comprobar la ausencia de la enfermedad entre los habitantes de tales parajes.

La tuberculosis, en los inicios del siglo XX, pasó de ser una mera preocupación del campo de la Ciencia, a una inquietud de la Sociedad en general, lo que provocó que ya en 1903 surgiera en España la Asociación Antituberculosa Española (AAE). Poco a poco, se fueron creando juntas provinciales hasta llegar, en 1906, a un total de 32, lo que llevó a la instauración de una Comisión Permanente contra esta enfermedad dependiente del Ministerio de la Gobernación, con el que se procuraba estudiar las medidas propuestas por la Asociación Antituberculosa Española, e informar a los Poderes públicos respecto a los medios o recursos de eficacia reconocida para disminuir los estragos de la tuberculosis. El dispensario fue la institución antituberculosa central en el diagnóstico precoz de la enfermedad y en la educación sanitaria de la población dirigida a evitar la propagación de la dolencia. Para la coordinación de todos los dispensarios nacionales, al año siguiente, se crea el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas, gestionado por «damas aristocráticas y adineradas» y presidido por la reina Victoria Eugenia. El modelo de dispensario más extendido en España fue el denominado tipo Calmette, cuyas competencias se centraban en la asistencia, prevención, educación y saneamiento de los tísicos y sus familiares. Calmette había fundado en París el Preventorio antituberculoso Émile Roux en 1901, como reconocimiento a su maestro y director del Instituto Pasteur. En estos dispensarios, a las actividades anteriormente nombradas, se le unía la de proporcionar dinero y alimentos a los enfermos para evitar la desnutrición. En Inglaterra, fue fundamental la figura de Sir Robert Philip quien defendía la terapia basada en los principios del reposo

y del movimiento como fundamental para la recuperación de la enfermedad, creando, en 1904, el Royal Victoria Hospital, una colonia para el tratamiento, sustentada por el trabajo de los asilados. Este modelo de lucha contra la letal dolencia será prácticamente copiado por Italia a partir de 1912. Mientras en Alemania, el movimiento antituberculoso propició clínicas con carácter de departamento de procedimiento ambulatorio y que restringían su actividad al tratamiento médico de los pacientes.

Con la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) se da inicio a una nueva etapa, con la creación, en 1924, del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España (Álvarez 2020). Tras problemas internos entre sus componentes, en 1926, pasaron a formar parte de una Junta Consultiva Nacional con pocas atribuciones. Durante el periodo de la Segunda República (1931-1939) se produjeron modificaciones importantes en este campo y en la concepción que hasta el momento se había tenido sobre la organización de la sanidad, procurando fortalecer la planificación de la política sanitaria con reformas que planteaban la modernización del sistema. Se suprime, en 1931, el Real Patronato, otorgándole sus atribuciones a la Dirección General de Sanidad. Al año siguiente, se crea el Comité Nacional Ejecutivo de la lucha antituberculosa, conformado por miembros del Instituto Nacional de Prevención, médicos especialistas en la patología, un arquitecto y un asistente social. Numerosas serán las reformas que se realizarán en 1935, cambios que buscaban una rentabilidad del sistema de lucha contra la tuberculosis. Con el triunfo del Frente Popular en febrero de 1936, se deroga el Decreto Ministerial «reformista», creando un Comité Central de Lucha Antituberculosa, al que se le hizo el encargo de la organización de la lucha contra esta enfermedad. Tras el alzamiento del 18 de julio de 1936, en los meses que siguieron, la situación sanitaria general en el territorio republicano no se resintió especialmente. Esta situación fue diferente en los dispensarios antituberculosos donde las condiciones para el ingreso o la estancia en sanatorios fueron endureciéndose progresivamente dada la altísima demanda y la carencia de recursos material para su sostenimiento. En el lado franquista, a finales del año 36, el Gobierno de Burgos crea el Patronato Nacional Antituberculoso (PNA), cuyos objetivos radicaban en la recaudación de fondos, la hospitalización de enfermos y el desempeño de funciones de carácter estadístico.

En el terreno de la gestión sanitaria funcionaban los patronatos, fórmula utilizaba en determinadas áreas de la salud como en el caso de las enfermedades psiquiátricas, o en

el de la tuberculosis y enfermedades del pulmón. El PNA, Patronato Nacional Antituberculoso, era en el que recaía la atención de estas patologías. Bajo su dirección estaban sanatorios distribuidos por la geografía nacional, como los de Oviedo, Boñar, Puerto Real, Alfaguara, Logroño, etc.

4. Actividad previa a la enfermería

Después de la guerra, la escasez de maestras y maestros hizo que la Srta. Sara tuviera que ponerse al frente de una escuela rural en La Rebollada. Aunque no distaba demasiados kilómetros de su casa, las comunicaciones y la climatología forzaron a que su residencia tuviera que ser trasladada allí durante algún tiempo, teniendo que separarse de su hijo y de su familia. La falta de personal titulado propició que ejercieran personas cuyo nivel de formación les permitía impartir docencia. De esta manera se consiguió mantener a una parte de la población infantil escolarizada, entre tanto se reorganizaba la educación.

5. Obtención del título de enfermera



Imagen 3. Parte de las trabajadoras y trabajadores del sanatorio, enfermeras de blanco, monjas, y el capellán con gafas. La Srta. Sara a la izquierda de la imagen señalada con una flecha (aproximadamente 1950).

Una vez terminada su actividad como maestra ocasional, decidió seguir estudiando para hacerse enfermera. La situación la obligaba a agudizar su ingenio y a afrontar sacrificios para asistir durante dos años al curso de la Sección Femenina en Oviedo. Constituida en Madrid en 1934, la Sección Femenina fue la rama dirigida a las mujeres del partido único del régimen, la Falange Española, posteriormente denominada FET de las JONS (Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista). Estuvo en funcionamiento durante cuarenta años, siendo disuelta tras la muerte del dictador a medida que se iba desmontando el régimen.

Fue dirigida desde su nacimiento hasta su final por Pilar Primo de Rivera, hermana de José Antonio, fundador de Falange (La Sección Femenina en el franquismo. Wikipedia 2019). El régimen franquista se apoyaba en las ideas tradicionales y católicas con las que promovía un esquema de género que exaltaba la superioridad masculina, tarea para la cual se valía de la Sección Femenina (Giménez Muñoz 2019). A las enfermeras se las formaba en el menor tiempo posible para que se incorporasen de forma rápida, sumisa y disciplinada a la actividad asistencial.

Varias compañeras de Sara habían obtenido la titulación de enfermera por otra vía, a través de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, pero en su caso, debió de acudir a examinarse a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Una vez terminada la formación recibida, superó con éxito la prueba y obtuvo su titulación el 10 de diciembre de 1945, a la edad de 33 años, documento firmado por el rector de la mencionada universidad.

6. El Sanatorio Antituberculoso del Naranco

Su historia como enfermera va unida en buena parte a la de la tuberculosis, y a la de los sanatorios donde se trataba. Aunque estuvo durante un corto periodo de tiempo trabajando en el de Logroño, fue en el Sanatorio Antituberculoso del Naranco de Oviedo en donde desempeñó su profesión durante 15 años. Se inauguró el 21 de octubre de 1947, y justo una semana después Sara empezó a trabajar en él después de firmar el contrato como interina. Este sanatorio, al igual que el resto, estaban bajo la gestión del PNA. De estructura horizontal, con una planta principal, semisótano y tres alturas, su

exterior sigue conservando el aspecto original gracias a ser edificio protegido. Antes de esa fecha los enfermos de pulmón de Asturias debían acudir al de Boñar, en la provincia de León, por que era el más próximo. Algunas de las personas que trabajaban allí, incluyendo médicos y enfermeras, al inaugurarse el del Naranco se trasladaron a Asturias.

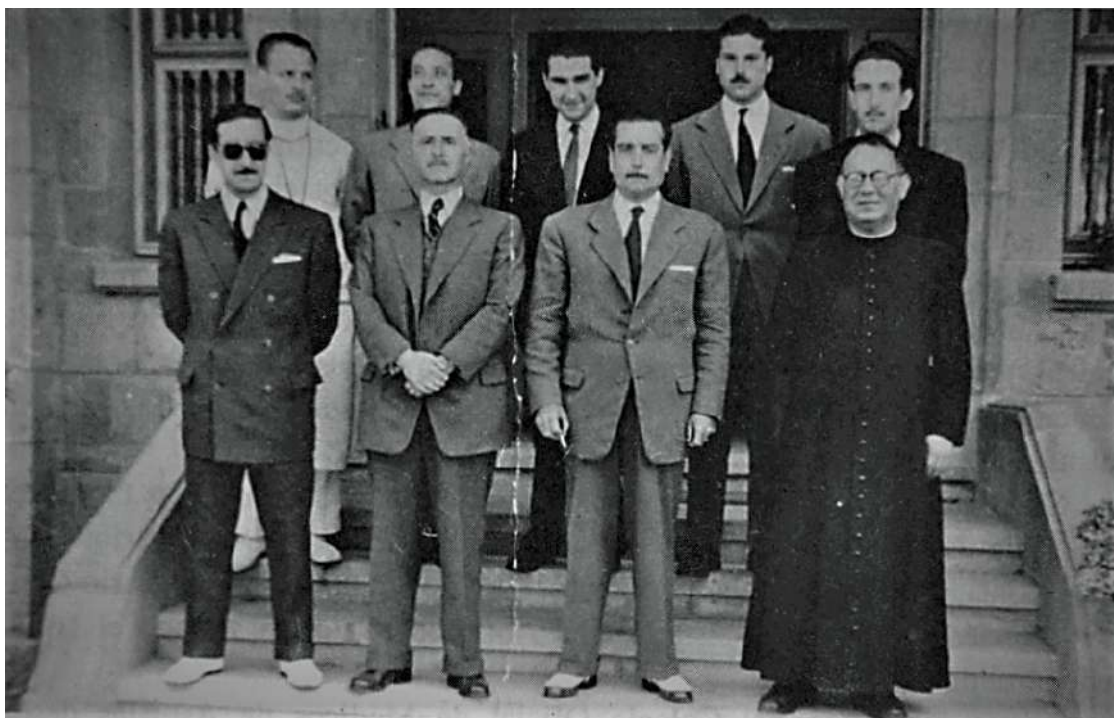


Imagen 4. En la entrada del Sanatorio Antituberculoso del Naranco están en primera fila de izquierda a derecha: Dr. Benito Cabanilles; Dr. José María Gasset; Dr. Roger Jalón Lassere; D. Gerardo Minguez, capellán del Sanatorio. Segunda fila de izquierda a derecha: Dr. Miranda; Dr. Pedro González; D. Ramón Blanco, administrador; D. Enrique Marcos Gutiérrez; D. Federico García González. Fuente: Cabal, Melquiades. 100 médicos asturianos. Oviedo, 1976

Previamente, en 1935, se puso en funcionamiento un sanatorio, el del Centro Asturiano de Oviedo, a tan solo un 1 km del que se abriría en 1947. Gracias a la iniciativa de los asturianos emigrantes en la Habana, se consiguió recolectar fondos suficientes para acometer la obra. Su puesta en marcha supuso la posibilidad de recoger y tratar a los emigrantes que habían regresado de Cuba u otros países y que precisaban atención hospitalaria. Como relata la fuente consultada, la recién iniciada contienda civil causó daños en sus estructuras de alcance suficiente como para interrumpir su funcionamiento, dejando de prestar servicio como sanatorio tan solo unos meses

después de su apertura (90 años del Centro Asturiano de Oviedo. Periódico El Comercio 2019).



Imagen 5. Sanatorio Antituberculoso Monte Naranco (1947).

7. El trabajo

La vida y las condiciones laborales en aquellos sanatorios eran muy diferentes a las actuales. Las competencias, la organización del trabajo y otros aspectos relacionados con la actividad enfermera, se correspondían con la escasez de recursos, y la autosuficiencia y el adoctrinamiento impuestos por el régimen. Las cargas de trabajo eran mayores e incluían tareas al margen del cuidado de los pacientes. Esto es explicable si tenemos en cuenta que las enfermeras eran internas, es decir, estaban obligadas a residir en el propio sanatorio, con la consiguiente afectación de su vida laboral y personal.

Además de sus propias tareas y sus turnos, tenían que ocuparse de algunas otras actividades domésticas ya que el sanatorio era su casa. Parte de su ocupación diaria era contribuir a la limpieza y el mantenimiento de sus enseres y las estancias que ocupaban. Trabajaban todos los días del mes librando tan solo uno. Debían mostrar pulcritud esmerándose en la uniformidad y la higiene personal. Durante su formación se insistía en la disponibilidad para el servicio y la obediencia total al médico. La responsabilidad

que se depositaba en la enfermera estaba dentro del rol que se le asignaba a la mujer, siempre supeditado al de los hombres que eran los jefes en cualquier institución.

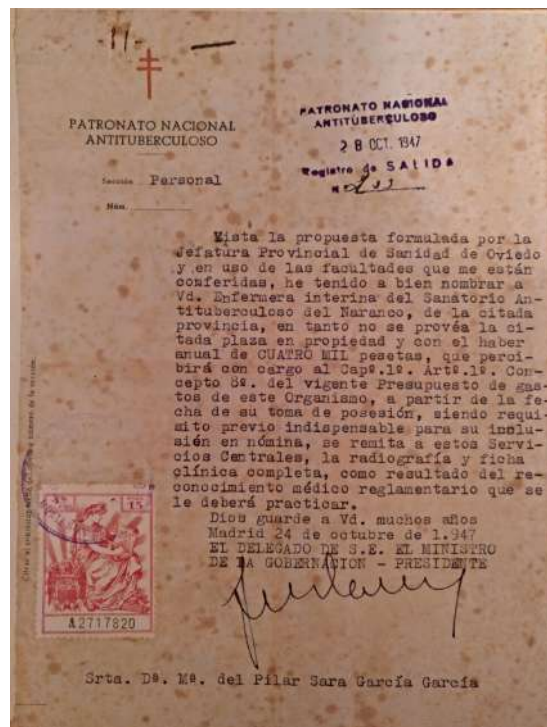


Imagen 6. Documento del PNA con el nombramiento de Enfermera Interina el 28 octubre 1947. Ministerio de la Gobernación. Sueldo 4000 ptas. (24,04 €).



Imagen 7. La Srta. Sara a la derecha de la imagen junto con otra compañera dando de comer a una paciente. Aproximadamente en 1951.

Los cuidados de enfermería en sanatorios, residencias u hospitales corrían a cargo de mujeres, quedando los hombres dedicados a otros ámbitos. Durante los ingresos los pacientes de uno y otro sexo ocupaban espacios separados. La duración del internamiento por lo general se prolongaba durante meses, y a veces familias completas debían ser ingresadas. Las enfermeras compartían muchas horas con ellos y, dada la duración de los internamientos, la relación que se llegaba a desarrollar entre enfermera y paciente iba mucho más allá de lo que hoy entendemos como una relación terapéutica o profesional. Era frecuente que los lazos de amistad entre el personal y los residentes fueran duraderos, lo mismo que entre los propios internos.



Imagen 8. Tiempo de ocio de las enfermeras en una terraza del Sanatorio Antituberculoso del Naranco, con la flecha azul encima de la Srta. Sara y flecha roja encima de la Srta. Isabel Pérez León (aproximadamente 1950).

En aquel momento, el arsenal terapéutico del que se disponía era reducido, se carecía de fármacos eficaces y en los cuidados habituales se daba especial importancia al descanso, a la alimentación y a la higiene. Las enfermeras contaban con ayudantes no sanitarias para hacer la limpieza y las camas, pues la figura de la auxiliar de enfermería

aún no existía. Todas las habitaciones del sanatorio tenían amplias terrazas para sacar las camas de los pacientes al exterior, de tal forma que pudieran estar en contacto directo con el aire puro y la luz solar el mayor tiempo posible. Es por ello por lo que se buscaban emplazamientos abiertos, con árboles y espacio verde.

Otro elemento distintivo de aquellos centros era la existencia de un administrador, cargo de responsabilidad hoy desaparecido de nuestros hospitales. En aquel momento, sin embargo, era fundamental para la gestión de un espacio en el que vivían varios cientos de personas, contando a pacientes, personal interno y religiosas. El administrador disponía de residencia en el propio sanatorio y podía vivir allí con su familia si lo deseaba, tal y como ocurría en el del Naranco, cuyo administrador vivía allí con su esposa e hijos.

8. La religión en la sanidad

Aspecto importante para destacar era que las comunidades de religiosas estuvieran presentes en los centros hospitalarios y residenciales. En el Sanatorio del Naranco, como en otros muchos establecimientos sanitarios, vivía una comunidad de monjas franciscanas que prestaba sus servicios allí. Las monjas ejercían su actividad básicamente en relación con tareas de intendencia, cocina, comedores o en otras labores auxiliares relacionadas con el cuidado de los pacientes. Había un sacerdote que ejercía de capellán y que celebraba el culto en la capilla del sanatorio como en cualquier parroquia. En los actos religiosos participaban empleados, monjas y residentes.

9. El tiempo de ocio

El tiempo libre de las enfermeras lo empleaban en escribir cartas a la familia, en hacer juegos de mesa, coser, charlar y dar paseos en las proximidades del recinto. En los días festivos eran habituales las visitas de las familias de los ingresados o también la de alguna enfermera. En fechas señaladas se organizaban celebraciones, actividades recreativas y concursos. Participaba el personal del sanatorio, los pacientes, e incluso sus familias. El ocio era parte importante de la actividad del sanatorio debido a la

cantidad de residentes y el tiempo que pasaban allí, teniendo en cuenta que, ni se disponía de la capacidad económica ni de la libertad que tenemos hoy.

Las enfermeras tenían un salario bastante reducido, y en 1947 Sara ganaba 4.000 pesetas al año, es decir, 24'04 € mensuales. Pasaban la mayor parte de su tiempo dentro del propio sanatorio. El día de libranza del mes, solían emplearlo para ir a visitar a la familia. Las comunicaciones con la ciudad se limitaban a una camioneta de pasajeros que llamaban "la Pitusa". Transportaba al personal entre el sanatorio y el centro urbano a través de una carretera que tenía un buen tramo sin asfaltar.

10. Los años 60 y 70

En 1960 el país ya había dejado atrás la penuria de los años más duros. Estaba comenzando a afrontar una década de enormes retos y proyectos en lo concerniente a la sanidad. La demografía hizo necesario un esfuerzo inversor muy importante capaz de poner en marcha hospitales, maternidades y otro tipo de dispositivos. En Asturias se dispuso a crear dos grandes centros, el Hospital General y la Residencia Sanitaria Ntra. Sra. de Covadonga (Álvarez 2020), cuya denominación cambió después pasando de ser "Residencia" a "Hospital".

Ambos se construyeron dentro de Oviedo a unos 100 metros de distancia el uno del otro. Pertenecían a diferentes administraciones y supusieron, tanto a nivel regional como nacional, un avance muy importante para la atención sanitaria y pionero en algunas patologías. El primero fue impulsado por la Diputación Provincial de Oviedo, mientras que la Residencia fue creada por el Instituto Nacional de Previsión (INP) (García González 2011). Los dos se inauguraron en el mismo año 1961 con solo unos meses de diferencia. Cuando se abrió el Sanatorio del Naranco, la cobertura de la salud se hacía a través de seguros sociales gracias al Fuero de los Españoles de 1945 (Fuero de los españoles ..., Boletín Oficial del Estado español 1963). Los nuevos tiempos hicieron necesaria la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social. Es entonces, en 1963, cuando se promulga la Ley de Bases de la Seguridad Social (Ley 193/1963, de 28 de diciembre), antesala de nuestra seguridad social actual.

Al poco tiempo de la apertura de la Residencia, Sara solicitó su traslado a este destino en el que inició una nueva etapa. Una década en la que los centros de reciente creación

eran más modernos, y no solo estaban mejor dotados, sino que las condiciones laborales eran mejores. Los tiempos evolucionaban hacia una mayor profesionalización y especialización del personal sanitario, lo cual incluía a las enfermeras que además ya habían dejado de ser internas. Sara se mudó a casa de una compañera con la que llevaba años trabajando, abandonando su habitación en el sanatorio.

Su compañera se llamaba Isabel Pérez León, enfermera de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, residía con sus padres y había venido del Sanatorio Antituberculoso de Boñar. Con la apertura de la Residencia, ella también pidió el traslado. La vivienda que compartían estaba situada en un barrio de Oviedo muy cercano al nuevo lugar de trabajo, al que se desplazaban a pie en pocos minutos. El trabajo en la residencia era intenso, lo mismo que en el Hospital General y en el resto de los dispositivos que se iban creando. Así se llegó a crear la “Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social Ntra. Sra. de Covadonga”, rango por el que el personal recibía un plus salarial.

En 1977 encontramos una fecha clave en la que los estudios de enfermería alcanzan el nivel de titulación universitaria. Esto define una década en la que las enfermeras empiezan a tomar conciencia de su profesión, y del importante papel que tienen en la salud y el bienestar de las personas. Se produce un desarrollo profesional y académico que impulsa tímidamente la actividad científica. Las enfermeras comenzaron a organizar eventos con mayor protagonismo, de tal forma que se normalizó la asistencia a congresos, jornadas o cursos, y se empezó a hablar de formación continuada.

El Consejo Internacional de Enfermería organizó en Tokio el 16º congreso cuatrienal entre los días 30 de mayo y 3 de junio de ese mismo año, 1977. Fue un congreso especialmente ilusionante y significativo para las enfermeras españolas, debido al momento que vivía la profesión, ya que justo al mes siguiente se publicó el real decreto de la diplomatura. A dicho congreso asistió una pequeña delegación de enfermeras de Asturias entre las que estaba Sara. Participó activamente en otras actividades formativas, como en una de las primeras jornadas para enfermeras que se celebraron en Oviedo en 1978, cuyo título era: “El profesional de enfermería como agente de cambio”, algo que refleja sin duda uno de los retos para las enfermeras de aquel momento y del actual.

Se fueron produciendo otros muchos cambios en lo laboral, como la incorporación de las auxiliares de enfermería, la retirada progresiva de las órdenes religiosas de las plantillas de los hospitales o la aparición de los sindicatos en el entorno sanitario. La enfermería iba ocupando progresivamente un espacio dentro del sistema que le permitía ganar algo de visibilidad. Estaban adquiriendo nuevas competencias y más responsabilidades, aunque hubo que esperar aún unos años para que se reconocieran las direcciones de enfermería, objetivo conseguido en 1985.

Sara pasó por diferentes destinos hasta llegar al servicio de rehabilitación de la Residencia Sanitaria. Sus últimos años los trabajó en la consulta del Dr. Facundo Cabeza. Allí fue donde alcanzó la edad de jubilación cesando su actividad en 1980. Desde ese momento se dedicó a la vida familiar, a los viajes, la lectura y la cultura en general. Seguía reuniéndose con amigas y disfrutando de diversas actividades en las que participaba. Padeció Alzheimer durante algún tiempo durante el cual fue cuidada en su casa con todo cariño esmero por su hijo y familia, hasta el año 2001 en el que llegó a su fin. A pesar de ello, y aunque el Alzheimer se como el pensamiento de la persona que lo sufre y poco a poco destroza los sentimientos de los que la cuidan y quieren, la 'Señorita Sara' sigue presente en nuestro recuerdo...

Bibliografía

Álvarez, P. *El viejo Hospital Central cumple 50 años. La nueva España*. Recurso en línea [Fecha de acceso 16 de abril de 2020]. URL disponible en: <https://www.lne.es/sociedad-cultura/2011/01/23/viejo-hospital-central-cumple-50-anos/1023604.html>

Cronología del siglo XX en España. The American School of Madrid. Recurso en línea [Fecha de acceso 1 de noviembre de 2019]. URL disponible en: <http://www.asmadrid.org/spanish/historia/sxx0.htm>

Estadísticas Históricas de España Siglos XIX-XX. Fundación BBVA. Recurso en línea [Fecha de acceso 1 de noviembre de 2019]. URL disponible en: https://www.fbbva.es/wpcontent/uploads/2017/05/dat/DE_2006_estadisticas_historicas.pdf

Fuero de los españoles, texto fundamental definidor de los derechos y deberes de los mismos y amparador de sus garantías. Boletín Oficial del Estado español. Recurso en

línea [Fecha de acceso 22 de abril de 2020]. URL disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1963-22667>

Gabriel, N. de. *Alfabetización de la mujer en 1910*. Revista de Educación. Recurso en línea [Fecha de acceso 27 de octubre de 2019]. URL disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revistadeeducacion/articulosre314/re3141100462.pdf?documentId=0901e72b81272c6b>

García González, J. *Conmemoración hospitalaria. Resumen histórico de la puesta en servicio del Hospital General y de la Residencia Sanitaria de Nuestra Señora de Covadonga*. La Nueva España. Recurso en línea [Fecha de acceso 8 de abril de 2020]. URL disponible en: <https://www.lne.es/sociedad-cultura/2011/01/23/conmemoracion-hospitalaria/1023606.html>

Giménez Muñoz, M. C. *La instrucción de enfermeras como labor ideológica de la Sección Femenina (1936-1953)*. Recurso en línea [Fecha de acceso 12 de noviembre de 2019]. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1801006>

Jueves Negro. Wikipedia. Recurso en línea [Fecha de acceso 1 de noviembre de 2019]. URL disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Jueves_Negro

La Belle Époque. Wikipedia. Recurso en línea [Fecha de acceso 1 de noviembre de 2019]. URL disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Belle_%C3%89poque

La Restauración en España (1874-1923). Web oficial del Congreso de los Diputados, España. Recurso en línea [Fecha de acceso 1 de noviembre de 2019]. URL disponible en: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Hist_Normas/PapHist/Restaur/ReyAlfonsoXIII

La Sección Femenina en el franquismo. Wikipedia. Recurso en línea [Fecha de acceso 12 de noviembre de 2019]. URL disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Secci%C3%B3n_Femenina.

Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado español. Recurso en línea [Fecha de acceso 22 de abril de 2020]. URL disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1963-22667>

Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado español. Recurso en línea [Fecha de acceso 20 de abril de 2020]. URL disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232>

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 español. Recurso en línea [Fecha de acceso 20 de abril de 2020]. URL disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>

90 años del Centro Asturiano de Oviedo. Periódico *El Comercio*. Recurso en línea [Fecha de acceso 6 de diciembre de 2019]. URL disponible en: <https://www.elcomercio.es/oviedo/noventa-anos-centro-asturiano-oviedo-20180408004649-ntvo.html>

75º ANIVERSARIO DEL DÍA DE LA VICTORIA EN EUROPA: LA ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (II)

Guillermo García (“Dicen: Diario Independiente de Contenido Enfermero”)

Link de la entrevista realizada a Francisco Javier Castro Molina:

<https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-enfermeria-en-la-segunda-guerra-mundial-ii/#:~:text=El%20papel%20de%20las%20enfermeras,realizaban%20las%20primeras%20curas%20y>

El papel de las enfermeras durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) fue fundamental, desde la creación del Cuerpo de Enfermeras en el ejército británico y las famosas Flying Nightingales hasta su labor en los hospitales de avanzada, situados en los mismos campos de batalla, donde se realizaban las primeras curas y transfusiones. “Su figura fue clave, sobre todo para prestar cuidados en el momento inicial, directamente al herido”, explicaba Francisco Javier Castro, enfermero de salud mental, profesor de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria y presidente de la Asociación Canaria de Historia de la Profesión Enfermera, en el último número de esta revista, en el que se hacía un repaso general del trabajo que llevaron a cabo las profesionales y voluntarias que participaron, en uno u otro bando, en el conflicto.

Desde *Metas de Enfermería* hemos vuelto a contactar con Castro para completar la información sobre el papel de la enfermería en la Segunda Guerra Mundial, de cuya conclusión en Europa se cumplen el 8 de mayo 75 años, con la celebración del Día de la Victoria, y profundizar en algunos de los momentos más decisivos de dicho periodo histórico.

1. Frente occidental: el desembarco en Normandía, campos de concentración y guetos

El 6 de junio de 1944, también conocido como el Día D, se produjo el desembarco en Normandía. Los ejércitos británico, canadiense y americano llegaron a las playas del norte de Francia en lo que supondría un paso crucial para la expulsión de los nazis del país galo. “Se habla de la primera línea del 12 de junio, seis días después, cuando una enfermera se va a hacer cargo del puesto de enfermería, donde se recibe información actualizada de la invasión que van a realizar y las actividades que el resto iba a desarrollar”, afirma Castro.

“Hay tres figuras importantes: Lidia Alcott, Edna Birbeck y Mila Roberts, que son, básicamente, las que van a liderar esa actuación, sobre todo en vuelos de evacuación”. Estas enfermeras intentaron por todos los medios, asegura, desalojar del lugar del desembarco a todos, con el apoyo de la Cruz Roja, “a esos heridos que son víctimas de la contienda, que es el gran momento que hace, prácticamente, que el régimen de Hitler caiga. El desembarco en Normandía supone un golpe directo a la línea de flotación del movimiento nazi y estas tres mujeres son las que van a sobrellevar la acogida de esos enfermos. Habrá más nombres, pero ellas destacan porque, después de aquel día, tuvieron una actividad frenética sacando a personas directamente de la zona”.

Uno de los hechos más conocidos de esta guerra fueron los campos de concentración, donde se perpetró el genocidio sistemático de distintos pueblos, y en ellos hubo enfermeras, tanto prisioneras como guardianas. “Lo que mueve principalmente al régimen nazi es el eugenismo. Franco lo estaba realizando también en España, y en Virginia, en Estados Unidos, también se desarrolla a finales del siglo XIX; personas alcohólicas no podían tener hijos, porque se suponía que su prole no iba a tener toda la pureza que pudiera”, asevera este enfermero. “Hubo muchas enfermeras, sobre todo alemanas, que, utilizando este concepto de las corrientes eugenísticas, lo que hicieron fue arrasar en los campos de concentración”. Por ejemplo, conocemos el caso de Pauline Kneissler, “que llegó a asesinar a más de 9.000 personas utilizando inyecciones letales, interviniendo, siendo enfermera, en este genocidio”.

Por otra parte, hubo, como se ha dicho, enfermeras prisioneras, como el caso de Vera Mitler, que es trasladada a un campo de concentración en Frankfurt, donde recibe a

otros internos para atenderlos. “Muchas enfermeras fueron apresadas por oponerse directamente a las verdaderas barbaridades del régimen nazi o si las descubrían intentando pasar a personas para salvarles la vida”, y muchas fueron asesinadas, indica. No solo enfermeras, también cuidadoras que, al carecerse de la figura profesional en estos campos, tuvieron que asumir ese papel “de socorrer a los más desvalidos. Esa parte de cuidados tiene mucho calado emocional, es fundamental tenerlo siempre presente. Aunque no se tengan los conocimientos, se ayuda a cuidar. Son nombres que habrá que investigar y sacar a la luz”.

También es conocida la reclusión de los judíos en guetos, siendo el mayor de ellos el de Varsovia, en Polonia, donde surge la figura de Irena Sendler, una enfermera que llegó a salvar a cerca de 2.500 niños judíos condenados a ser víctimas del Holocausto. “Se ganó el calificativo de ‘El ángel del gueto de Varsovia’. No intervino a distancia, sino arriesgando su vida. Es un personaje muy interesante, fue una enfermera y una gran trabajadora social. Se convirtió en una líder dentro de la ciudad, que fue candidata al Premio Nobel de la Paz en 2007”, explica Castro. También surge la de Hannah Gollom Grinberg, que llegó a ser jefa de enfermeras del gueto; “era una judía joven, nació en 1904 y murió con 39 años. Uno de los rasgos que la caracterizó fue su extraordinario coraje: organizó ese movimiento con el que intentaba salvar a niños directamente de la muerte”.

2. Operación Barbarroja: la batalla de Stalingrado

La batalla de la ciudad de Stalingrado, dentro de la denominada operación Barbarroja, con la que los nazis pretendían invadir la URSS, otra de cuyas operaciones más destacadas fue el sitio de Leningrado, está considerada como una de las más importantes de la Segunda Guerra Mundial. “Alemania lo que buscaba era no solo dominar Stalingrado, porque así controlaría todos los pozos de petróleo del Cáucaso, sino borrar el nombre del líder de la Unión Soviética. La ciudad se convirtió en un punto bastante importante”, apunta.

Y en este contexto, aparece el nombre de una enfermera: María Rojlina. “Ella narra los horrores que llegaron a cometer los alemanes, desde la invasión y a medida que

conquistaban territorio ruso, que iban destruyendo lo que se encontraban”, y Rojlina fue enviada a un hospital cerca de la ciudad, actual Volgogrado, donde llegó a recibir heridas por un obús. “Esta enfermera hablaba del bombardeo masivo de los nazis para preparar la entrada en Stalingrado. Y ella y otras dos enfermeras fueron trasladadas a este hospital para socorrer, todo con recursos escasos, para proporcionar comida, alimentación, a los propios soldados del ejército soviético, que tenían grandes necesidades, dados el asedio y la importancia del punto estratégico. La Operación Barbarroja desplazó al frente a un millón de soldados, se trataba de invadir el país más grande el mundo”. Rojlina, explica Castro, comenta toda la actividad que llegó a desarrollar directamente, y cómo pudo sobrevivir.

3. Pacífico: Pearl Harbor y los bombardeos nucleares

La guerra no solo se desarrolló en Europa, Estados Unidos también participó en luchas en el océano Pacífico, como las famosas batallas de Iwo Jima o de Guadalcanal, tras el ataque de Japón a Pearl Harbor, en Hawái, el 7 de diciembre de 1941. “Esto sirve de trampolín para que los norteamericanos pudieran entrar en la guerra. Los japoneses intentan destruir la flota americana y conseguir el dominio del Pacífico, el océano más grande”, comenta este enfermero.

En 1941 había, básicamente, mil enfermeras, que se habían enrolado, repartidas en el ejército estadounidense, de las que 82 estuvieron en Hawái y otras 60 en Filipinas antes del momento del ataque (“después de la pérdida de la colonia española, los americanos empiezan a jugar un papel importante dentro del archipiélago”). Al concluir la contienda, principalmente insular, el general MacArthur, continúa, estableció que 50 de las que estuvieron en Filipinas y una de la Marina fueran enviadas para poner en marcha hospitales de campaña. “Al final de la lucha, a un total de 85 enfermeras se le ordenó evacuar la propia isla. Fue una labor importante. Otras fueron capturadas en 1942, y fueron internadas en Santo Tomé para encargarse de 3.000 civiles”; muchas fueron hechas prisioneras en el Pacífico, y se las obligó a trabajar en los campos de concentración para socorrer a los soldados internos. “Algunas fallecieron y otras estuvieron a pie de camilla, intentando asistir a esos soldados que habían sido atacados”.

El 6 y el 9 de agosto de 1945 tuvieron lugar los bombardeos nucleares de las ciudades de Hiroshima y Nagasaki, tras lo que se produjo la rendición de Japón y finalizó la Segunda Guerra Mundial. “Ya los alemanes tenían la intención de incorporar materiales nucleares a sus bombas”, afirma Castro. “El uranio y el plutonio con los que se diseñan las armas del proyecto Manhattan estaban en Berlín cuando llegan los americanos. Se capturan como botín en la capital germana y se utilizan en los bombardeos”. “El papel de las enfermeras es importante también aquí”, manifiesta, y destaca que el 93% de las que se encontraban en Hiroshima, y el 90% de los médicos, murió o resultó herida, por lo que el número de profesionales fue muy reducido; “lo que hacían era intentar atender las quemaduras atroces de aquellos que habían sobrevivido, causadas por las primeras bombas nucleares, y también esa ‘línea negra’, resultado del polvo y los escombros que fueron cayendo”. En los hospitales que se instalaron, apunta, se llegó a utilizar harina de trigo para curar las quemaduras, “se las vendaba y se intentaba aliviar el dolor, porque prácticamente desapareció el personal sanitario”, concluye.

MISCELÁNEA

PANDEMIA COVID-19 ¿UNA HISTORIA QUE SE REPITE?

COVID 19 PANDEMIC - A REPEATING STORY?

Jesús Manuel Quintero Febles¹

¹Enfermero de salud mental. Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Correo electrónico: jquinter@ull.edu.es

Recibido: 15/06/2020

Aceptado: 30/06/2020

Resumen

Los acontecimientos vividos recientemente a raíz de la pandemia por el virus COVID 19 y las medidas tomadas por los gobiernos han resultado impactantes para la sociedad desarrollada actual, desacostumbrada a unas medidas que coartaban sus libertades. Sin embargo, la historia nos ha enseñado que muchas veces los hechos se repiten. Hace algo más de un siglo, en 1918-1919, otra pandemia conmocionó al mundo. En el presente trabajo se hace un breve recorrido entre ambos sucesos, comparando las similitudes en los hechos y en las respuestas humanas ante una situación similar.

Palabras clave: COVID 19, epidemia, gripe española

Abstract

Recent events in the wake of the COVID 19 pandemic and the measures taken by governments have been shocking for today's developed society, which is unaccustomed to measures that restrict its freedoms. However, history has taught us that often the facts are repeated. Just over a century ago, in 1918-1919, another pandemic shook the

world. In this paper we take a brief look at the two events, comparing the similarities in the events and in the human responses to a similar situation.

Keywords: COVID 19, epidemic, Spanish flu

Mark Twain fue un escritor y periodista estadounidense autor de celebres novelas como “Un yanqui en la corte del rey Arturo” o “El príncipe y el mendigo”, aunque es conocido sobre todo por su novela “Las aventuras de Tom Sawyer”. También se le atribuyen algunas frases célebres, que como suele ser habitual en estos casos, no hay certeza de que realmente las haya pronunciado. Así, se le atribuye la frase “La historia no se repite, pero rima”, aunque podríamos modificarla ligeramente y formularla de la siguiente manera: “la historia no se repite, pero se parece mucho.” Y es que, no son pocas las ocasiones en las que se ha visto como la historia presenta unos paralelismos sorprendentes.



Imagen 1. Una columna de armenios es llevada a un campo de prisioneros por soldados otomanos, abril de 1915. Fuente: Colaboradores de Wikipedia. *Genocidio armenio* [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2020 [consultado: 15 de mayo del 2020]. Disponible en <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Genocidio_armenio&oldid=127547582>.

En el ámbito económico, han sido motivo de discusión en numerosos foros los ciclos históricos, alternando periodos de bonanza con otros de crisis: en 1559, con los bulbos

del tulipán, el pánico en Nueva York en 1837, el crac de 1929, las crisis consecuencia de las fluctuaciones del precio del petróleo, la burbuja inmobiliaria en España en 2008, etc. También se repiten los procesos bélicos y el auge de los pensamientos extremos, si pensamos en un exterminio de una población, seguramente el primer pensamiento que se nos venga a la cabeza es el holocausto nazi. Anteriormente y menos conocido, aunque no menos terrible, sucedió el denominado genocidio armenio, cuando el gobierno otomano intentó eliminar al pueblo armenio, estableciendo una red de campos de concentración con la finalidad de proceder a su exterminio, tal y como haría, años más tarde, el gobierno nazi.

En los momentos actuales también estamos viviendo sucesos que guardan extraordinarias similitudes con otros que han sucedido con anterioridad. La situación de confinamiento debido a la pandemia del COVID 19, que hemos vivido en fechas recientes, nos parecen sucesos extraordinarios, jamás vividos con anterioridad, pero ¿son realmente hechos nunca vistos o es, una vez más, la historia que se repite?

A lo largo de la historia han existido diversas epidemias de gripe, la que tuvo lugar en los años 1918-1919, mal llamada “gripe española”, es considerada como la más devastadora de la humanidad. Es absolutamente imposible poder precisar el número real de fallecidos, según diversos autores, van desde 20 hasta 200 millones (Murillo-Godínez, 2011).

La epidemia de gripe fue causada por un brote del virus Influenza A del subtipo H1N (Lüthy, Ritacco and Kantor, 2018), probablemente se inició en Estados Unidos y las razones por la que se denominó “gripe española” fueron más políticas que epidemiológicas (Murillo-Godínez, 2011). En el año 1918 el mundo, y particularmente Europa, se encontraba sumido en la primera guerra mundial. Los países beligerantes, evitando dar una sensación de debilidad al resto del mundo y desanimar a su propia población, censuraron la información que aparecía en los periódicos, ocultando los fallecidos. España, siendo un país neutral, no sometió a censura la información. Los periódicos españoles informaron de una epidemia de gripe que asolaba el país, dando en el resto del mundo la sensación de que era un problema únicamente en España.

Lo cierto es que España, a pesar de no ser el epicentro, si que fue uno de los países más afectados con 8 millones de personas infectadas y 300.000 fallecidos. A diferencia de otros brotes epidémicos de gripe, donde los principales afectados eran ancianos y niños,

muchas de las víctimas eran jóvenes y saludables. Según describe Roy Crist, médico militar, lo que inicialmente parecía una gripe ordinaria, posteriormente se convertía en una neumonía letal (Murillo-Godínez, 2011)(Sergio González Bombardiere, 2007).

“...Estos hombres comienzan con lo que parece ser un ataque ordinario de la Gripe o Influenza y cuando llegan al hospital, desarrollan rápidamente el tipo más vicioso de neumonía que se haya visto... en cosa de horas sobreviene la muerte es horrible... estos hombres mueren como moscas... ha habido un promedio de 100 muertes por día... la neumonía es la causa de todas estas muertes... hemos perdido numerosos médicos y enfermeras...”

La falta de recursos y la censura en el momento evitaron que se estudiara en profundidad la epidemia, aunque estudios más recientes revelaron que la mayoría de las personas fallecieron por una neumonía bacteriana secundaria, ya que no había antibióticos disponibles. Al no haber protocolos sanitarios que seguir los pacientes se agolpaban en espacios reducidos y sin ventilación y los cuerpos en las morgues y los cementerios. Por aquel entonces se haría popular la máscara de tela y gasa con las que la población se sentía más tranquila, aunque fueran del todo inútiles (Pulido, 2018) .



Imagen 2. Hospital improvisado en Camp Funston, Kansas, en 1918. Fuente: Colaboradores de Wikipedia. Pandemia de gripe de 1918 [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2020 [consultado: 15 de mayo del 2020]. Disponible en <<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pandemia de gripe de 1918&oldid=127745529>>

En momentos mucho más recientes, el 13 de marzo de 2020, el presidente del Gobierno de España, Pedro Sánchez Pérez-Castejón decretaba, por segunda vez en democracia, el estado de alarma en todo el territorio español.⁵ Como es sobradamente conocido, los motivos que le llevaron a tan extrema medida fueron los derivados de la expansión de la epidemia del virus COVID 19.

En su intervención el presidente justificó esta medida argumentando que el país se encontraba ante una *"crisis extraordinaria frente a la cual se van a movilizar todos los recursos del Estado para proteger mejor la salud de los ciudadanos"*. *"Recursos económicos y sanitarios, tanto públicos como privados, civiles y militares"* (Hernández, 2020).

Coincidiendo con la situación de confinamiento y de alarma en España y en todo el mundo, el Archivo Municipal de Burgos publicó en las redes sociales un Boletín Oficial Extraordinario de la provincia de Burgos, fechado el 04 de octubre de 1918, en el que se daban instrucciones a la población sobre las medidas a tomar para evitar la propagación de la epidemia de gripe "española" perteneciente al Archivo de Municipal de Burgos.

"Vista la comunicación del Inspector Provincial de Sanidad manifestando que la epidemia de gripe aparecida hace algunos días en la Capital y en algunos pueblos de la provincia se extiende considerablemente, invadiendo numerosos pueblos y produciendo mortalidad..." "...esta junta...acuerda declarar la existencia de aquella epidemia en la provincia de Burgos."

Resulta sorprendentemente similar el tono y los argumentos de la comunicación con la que, 100 años más tarde, haría el presidente del Gobierno de España. Pero no acaban aquí las similitudes, también llama la atención como en el comunicado se hace mención a imprudentes que seguían celebrando fiestas y reuniones, indiferentes o ignorantes del peligro. Además, se deja bien claro la existencia de sanciones para los que no respetaran las recomendaciones. Estas declaraciones podrían perfectamente haberse efectuado en los últimos meses por los dirigentes de cualquier país afectado por la pandemia de COVID 19.

"...habiéndose cometido por algunos pueblos la imprudencia de celebrar las fiestas de la comunidad, dando origen con ello a que se haya difundido rapidísimamente la epidemia de gripe entre el vecindario, creando con ello situaciones angustiosas para dichos pueblos, vuelvo a reiterar a los que todavía no estén convencidos del grave peligro que

esto encierra, que se abstengan terminantemente de celebrar dichas fiestas o reuniones.”

“.. Por tanto, estoy dispuesto a castigar duramente, como ya se ha hecho en algún caso, a los incumplidores de esta disposición.”

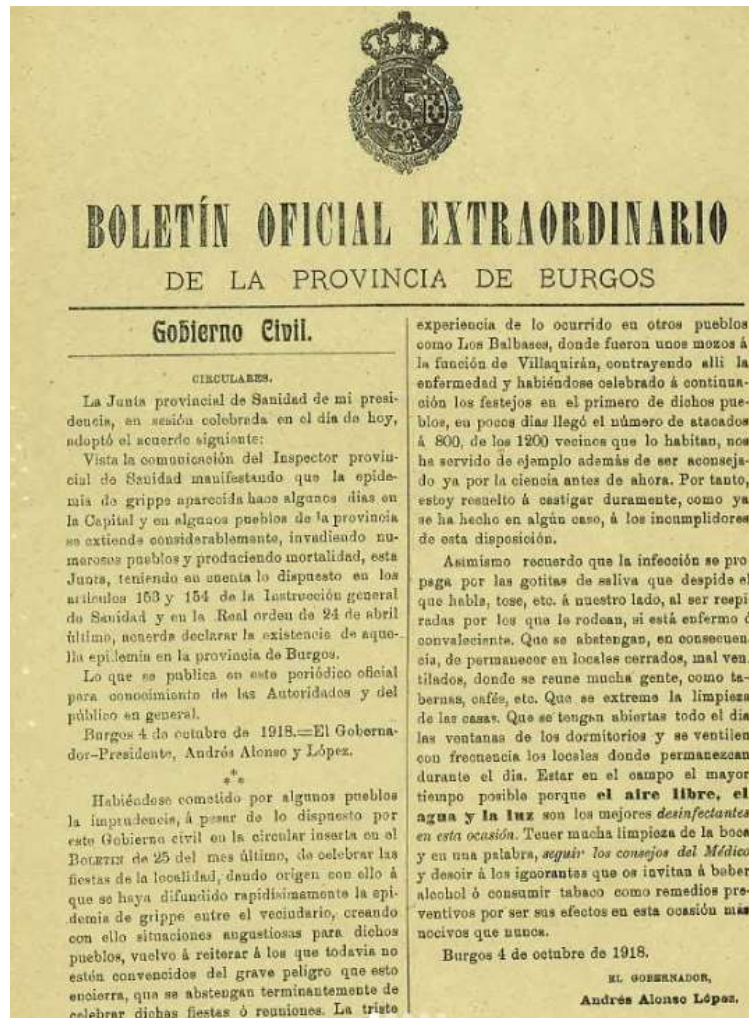


Imagen 3. Boletín Oficial Extraordinario de la Provincia de Burgos, 4 de octubre de 1918. Fuente: Archivo Municipal de Burgos [pagina web]. Consultado 15 de mayo 2020. Disponible en: <<https://www.instagram.com/archmunburgos/>>

Siguiendo con el Boletín de 1918, podemos ver que las recomendaciones sanitarias estaban adaptadas a la realidad de la época, lógicamente no se hace mención al uso de dispositivos de protección individual como guantes o mascarillas, prácticamente

desconocidos en aquella época, pero si se refleja la idea de mantener distanciamiento social.

“Asimismo recuerdo que la infección se propaga por las gotitas de saliva que despiden el que habla, tose, etc a nuestro lado, al ser respiradas por los que le rodean, si está enfermo o convaleciente. Que se abstengan, en consecuencia, de permanecer en locales cerrados, mal ventilados, donde se reúne mucha gente, como tabernas, cafés, etc. Que se extreme la limpieza de las casas. Que se tengan abiertas todo el día las ventanas de los dormitorios y se ventilen con frecuencia los locales donde permanezcan durante el día. Estar en el campo el mayor tiempo posible, porque el aire libre, el agua y la luz son los mejores desinfectantes en esta ocasión.”

Finalizaba el documento haciendo una advertencia sobre las falsas recomendaciones que hacían personas sin conocimientos o mal intencionadas, y que producían más daño que bien, confundiendo a la población:

“... seguir los consejos de los médicos y desoír a los ignorautos que os invitan a beber alcohol o consumir tabaco como remedios preventivos por ser sus efectos en esta ocasión más nocivos que nunca.”

Es bastante razonable pensar que el lector, al leer estas palabras, en las que se instaba a no hacer caso a aquellos que sin argumentos válidos ni evidencia científica proponían remedios perjudiciales, se le escape una sonrisa al establecer los paralelismos con la situación actual. Resulta inevitable la comparación con las sorprendentes medidas propuestas por el presidente del gobierno de EE. UU., cuando el 23 de abril, en una rueda de prensa en la Casa Blanca, sugirió matar al virus usando inyecciones "desinfectante de lejía" para así tratar de "limpiar los pulmones". También han sido polémicas sus insistentes recomendaciones, mediante sus intervenciones en redes sociales, a las autoridades sanitarias para que usaran la hidroxiclороquina, a pesar de que no hay ninguna evidencia de que el medicamento funcione contra la COVID-19 e inclusive podría ser perjudicial. Además de las “recomendaciones terapéuticas”, también son bien conocidas las recomendaciones epidemiológicas que proponían volver a la vida normal cuanto antes, esperando que la epidemia desapareciera por si misma (Ruíz-Rico, 2020). No son las intervenciones de Trump las únicas discordantes con las recomendaciones sanitarias, pero sí las que han tenido mayor repercusión a nivel internacional, debido a la evidente notoriedad pública del que las emitió.

Vistas las similitudes en las dos situaciones, separadas ambas por más de un siglo, ¿resulta plausible considerar que se trata, una vez más, de una repetición de la historia? Lo cierto es que no podemos dejar de ver las diferencias médicas y epidemiológicas de ambas pandemias, no se trata del mismo virus, ni tampoco el desarrollo de la ciencia es el mismo, ni la velocidad de propagación, o la facilidad de información disponible. No obstante, lo que sí parece coincidir son las respuestas humanas ante la situación, el estado de alarma, la imprudencia o falta de solidaridad de algunos, el atrevimiento de otros a la hora de dar soluciones, así como la necesidad de desmentir la información errónea.

Como última reflexión, que para algunos puede servir de optimismo, recuerden que en el verano de 1920 el virus de la gripe “española” desapareció tal y como había llegado: sin que se supiera muy bien cómo ni por qué.

Bibliografía

Hernández, M. (2020) ‘Pedro Sánchez anuncia el estado de alarma para frenar el coronavirus 24 horas antes de aprobarlo’, *El Mundo*. Available at: <https://www.elmundo.es/espana/2020/03/13/5e6b844e21efa0dd258b45a5.html>.

Lüthy, I. A., Ritacco, V. and Kantor, I. N. (2018) ‘One hundred years after the “spanish” flu | A Cien Años de la Gripe “Española”’, *Medicina (Argentina)*, 78(2), pp. 113–118.

Murillo-Godínez, G. (2011) ‘Recordando a la gripe española’, *Med Int Mex*, 27(5).

Pulido, S. (2018) ‘La Gripe Española: la pandemia de 1918 que no comenzó en España’, *Gaceta Médica*.

Ruíz-Rico, M. (2020) ‘Las medidas más controvertidas de Donald Trump para atajar la crisis del coronavirus’, *Publico.es*.

Sergio González Bombardiere (2007) ‘La pandemia olvidada de 1918’, *Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos*, 8(2).

CARTA AL DIRECTOR

NARRATIVA DE UNA VIVENCIA: LA PANDEMIA, UN
'FENÓMENO METEOROLÓGICO'.

NARRATIVE OF AN EXPERIENCE: THE PANDEMIC, A
'METEOR METEOROLOGICAL PHENOMENON'.

Gustavo Cabrera-Medina¹

¹Enfermero de Equipo de Atención Primaria de Gran Canaria (Centro de Salud de Schamann).

Correo electrónico: guscanarias@hotmail.com

Recibido: 11/05/2020

Aceptado: 30/05/2020

Desde el origen de lo que hoy es pandemia la evidencia muestra cómo un mismo fenómeno ha presentado mayor impacto según la estrategia planteada desde que comenzara. Resulta difícil comprender la premura y determinación con la que países del entorno cercano, como Corea del Sur, afrontaron con éxito el azote del virus con políticas de detección precoz y cuarentena exclusiva en los casos de infección, frente a las políticas europeas que, confiadas en el desarrollo y fortaleza de su sistema sanitario descartaron de inicio las medidas de previsión al punto de forzar luego a la población al confinamiento y la paralización. Hubo quienes viendo lo que pasaba, en lugar de conocer mejor la forma de avanzar y los puntos fuertes del nuevo enemigo, prefirieron referirse a los ejemplos de recientes epidemias que no llegaron a pandemia. Choca comprender que en un mundo tan veloz como globalizado, EE. UU. y el Reino Unido, lejos de actuar

con valentía suficiente en el anuncio de las medidas de contención, siguieran contemplando la pandemia como si aún se tratara de un emergente problema de índole exterior, como si acaso bastaran la selección natural o el cierre de fronteras para frenar su llegada y propagación. Y es que desde bien entrada la película se subestimó el impacto que el CRV19 podía tener en Europa cuando castigaba duramente a China. El dilema ético llegó: ¿a quién salvamos primero? ¿a la economía o a salud de la población? Los responsables políticos no se atrevieron a restringir los movimientos migratorios desde un primer momento por miedo a generar incertidumbre en el mercado bursátil y el turismo.

Así, la falta de previsión supuso una demora en las medidas de contención y educación sanitaria, así como de abastecimiento de material de protección y detección disponible para el personal de los centros sanitarios. De la misma manera, como efecto de esta misma cadena de decisiones las autoridades se han visto forzadas a declarar el estado de alarma tratando de frenar la propagación y el colapso. Como se sabe que las cifras que se publican cada día reflejan los contagios producidos en las dos semanas previas es esperable que el pico de casos que requieran ingreso hospitalario y soporte intensivo se produzca antes de las estimaciones anunciadas en los medios. ¿Por qué? Emplearemos un ejemplo: Imaginemos que pretendemos predecir el trazado del itinerario que describe una embarcación o una borrasca. La precisión dependerá de la exactitud que nos ofrezcan las coordenadas previas. Así, de cuantos más puntos dispongamos y éstos sean más precisos y actualizados más fiel a la realidad será también el mapa que construyamos a partir de los mismos. Es, por tanto, necesario destinar recursos desde el inicio a medir correctamente para luego estimar, predecir y abastecer. Pero si hasta ahora apenas se han destinado recursos a conocer el nivel de propagación real a través de la detección de casos haciendo mediciones en la población, las gráficas que se construyan a partir de los escasos datos existentes tendrán también un pobre valor de predicción. Sería similar a la utilidad que pueda tener una imagen satélite del tiempo hoy en la predicción del fenómeno meteorológico dentro de dos semanas. Sería más probable errar la previsión del tiempo dentro de dos semanas que dentro de 24h. Del mismo modo, empleando los ejemplos del fenómeno atmosférico y la pesca, trataremos de explicar la relación entre la pandemia y la economía: el pescado sería la

producción, los pescadores serían la clase productiva y los equipos de salvamento marítimo representarían el sistema sanitario conformado por las embarcaciones de rescate (estructura material de los centros sanitarios) y sus respectivos tripulantes (profesionales sanitarios).

La pandemia se comporta en buena medida como una profunda borrasca de crecimiento espiral. Al igual que las zonas cálidas y de baja presión aceleran su tamaño y velocidad de giro, igualmente en la pandemia, a mayor intercambio humano (flujo migratorio) mayor velocidad de propagación. De ahí que en las ciudades con mucho tráfico de viajeros (Wuhan, Milán o Madrid) se acelerara tanto su propagación como puntos de elevada actividad comercial y turística. Así, la estrategia de acción de los países ha sido diversa según su estimación: mientras en algunos casos la población y el sector productivo (los pescadores) ya estaban en casa protegidos a salvo del temporal en otros prefirieron ignorar el torbellino y salir a pescar porque los días previos amanecía soleado. De tal modo, cada estimación ha generado una estrategia de inversión en la que cada barco ha ido trazando su ruta de navegación según sus coordenadas de referencia. Llegados a este punto ¿qué le recomendaríamos hacer a nuestros pescadores dentro de 2 semanas si tan solo dispusiéramos del informe del estado del tiempo atmosférico del día de hoy en el mundo? ¿que salgan a pescar o que se resguarden en casa ante la posible llegada de una tormenta que azota regiones aún lejanas? En China el temporal llega sin ser esperado, pues hacía al menos un siglo que en el mundo no se había dado un huracán de crecimiento similar, lo que les hace adoptar medidas rápidas de educación social, frenar el sector de la pesca y reconvertirlo a la fabricación de embarcaciones de salvamento y chalecos salvavidas. En Corea del Sur deciden invertir en un satélite para conocer a tiempo real la evolución de la meteorología en el entorno de su región y abastecerse de material que incluya embarcaciones suficientes de rescate, chalecos salvavidas (batas, guantes y mascarillas) y planes para llegar a tiempo de salvar a sus pescadores y población desplazando la navegación de los barcos que faenaran en aguas de riesgo hacia aquellas otras más seguras ofrecidas a ojos de sus satélites.

En diversos países de Europa (Italia, España, Francia, Holanda, Alemania) deciden difundir en la población la necesidad de aprender a nadar (lavarse las manos) mientras las autoridades contemplan la llegada de la tormenta y cuando sienten los vientos

fuertemente soplar se lanzan corriendo al mercado en busca de material. Viendo que en algunas tripulaciones los marineros comienzan a perecer ahogados tras el naufragio sus gobiernos aceleran el pedido de barcos de rescate antivuelco (UCIs) lanzando a sus equipos de salvamento sin suficientes chalecos salvavidas para sus tripulantes sobrevalorando su enorme capacidad y mérito, como si acaso esto bastara para evitar la pérdida de muchos tripulantes ahogados luchando por salvar vidas en las corrientes de sus aguas. Presas del pánico social emergente las autoridades confinan a toda la población en sus hogares mientras ésta se alimenta de las latas de conserva que guarda en la despensa.

En el Reino y Los Estados Unidos las autoridades miran hacia a otro lado, abandonando a los pescadores en alta mar a su suerte mientras se preguntan: ¿Dejar de pescar? ¿Nos lo permite nuestro actual nivel de gasto y bienestar? ¿No será exagerado comprar ahora satélites y embarcaciones de rescate para que, quizá por milagro de la naturaleza el huracán amaine y luego no los vayamos a necesitar? ¿Qué tal si la tormenta cambia de rumbo y a nuestro pueblo no le llega a afectar? ¿Y si hacemos como si nada pasara y decretamos una prohibición acceso a los vientos y huracanes que procedan de más allá de nuestras fronteras? ¿Acaso no se trata solamente un problema de índole externa? El mercado de la pesca no puede parar.

Entre tanto la tormenta no pide permiso antes de entrar. Para cuando se presenta ya es tarde. Mar adentro no hay lugares en los que guarecerse. Los servicios de salvamento marítimo ya están desbordados mientras el mercado de chubasqueros, botes, chalecos salvavidas y barcos de rescate antivuelco (equipos de protección y respiradores) ya han colgado el de cartel "producto agotado". Toca salvarse quien pueda. Entre tanto, miembros del pueblo solidarizados con la causa dan aliento a los rescatadores y se ofrecen a construirles a mano los chalecos salvavidas de los que las autoridades aún no les han dotado al canto de que "saber nadar es suficiente".

Los ejemplos mencionados nos confirman que la estrategia depende desde dónde decidamos actuar. De este modo del refranero de la ciencia podemos enunciar "dime a dónde miras y te diré hacia dónde vas". Como quien recorre una escalera cada pequeño paso te hace avanzar con aplomo y prudencia. Así, quien no invierte debidamente en los dos primeros corre el riesgo de una futura caída cuando se lanza directamente al

tercero desde más distancia. Los escalones de la prevención primaria y secundaria (protección y medición) reducen los accidentes y el número de víctimas. El escalón de la prevención terciaria se ofrece para dar respuesta a graves damnificados en quienes agilizar la recuperación completa reduciendo secuelas y defunción. Esto significa dotarnos de suficientes unidades de cuidados intensivos para, en caso de escasez, pasar a los criterios de selección.

La evidencia científica a través de los comités de expertos y las organizaciones internacionales se pronuncian. Sin embargo, sus recomendaciones están a merced de poderes que pueden declinar aquellas prioridades que la población entiende que todo gobierno debe procurar. Así mientras la población pregunta: “¿A quién salvamos? ¿A la comunidad o a la pesca?” los gobiernos de los países se preguntan: “¿qué pesará más?” Por ello, no es de extrañar que en los tiempos que azota el temporal cuando se dan a conocer la magnitud de población en riesgo, los naufragados, víctimas y rescatadores ahogados las autoridades de algunos países manejen al principio las cifras del daño social a modo de eufemismos numéricos de medición tratando de retrasar todo lo posible la imagen del impacto percibido hoy en la gestión de una crisis biológica, humanitaria, política , económica y de conciencia social sobre nuestra relación comunitaria con el planeta. Ya es tiempo de aprender que los negocios pueden esperar; la salud no.

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 Harvard. 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. Seguidamente se muestran algunos ejemplos del formato a llevar a la hora de las citas bibliográficas:

Publicaciones periódicas.

Artículo ordinario.

Castro Molina, Francisco Javier; García Parra, Elisa; Causapie Castro, Álvaro; Monzón Díaz, Josué. Fundación e inicios del Manicomio de Tenerife. Rev Presencia 2011 jul-dic, 7(14).

Autor corporativo.

Comité Internacional de Editores de Revistas de Historia de la Medicina. Index de Enfermería. 1992; 1 (6):6-14.

Autor no identificado.

Historia de la Enfermería [editorial]. RN. 1992; 1(6):1-2.

Atendiendo al tipo de artículo.

Fernández Martín, Marisa. Historia de la Antropología [carta]. Tesela, 2005; XVI (57):7-17.

Pérez Pérez, Olga; Megias López, Antonio; Martínez Hernández, Ruymán. Ayer y

hoy de la bibliografía de la Historia de la Enfermería. Revista Rol.. En prensa (fecha de aceptación 14.09.2012).

Libros-monografías.

Autor/es personal/es.

Castro Molina, Francisco Javier; Rodríguez Gómez, José Ángel. Uniforme e imagen social de los cuidadores profesionales. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, 2012 (1ª ed.).

Directores- compiladores como autores.

Siles González, José (editor). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara, 1999.

Capítulo de un libro.

Losada Pérez, Antonio. Historia y asistencia en la ciudad de Granada. En: Granados Antón, Marta, editora. Salud, asistencia e Historia de Granada. Granada: Ayuntamiento de Granada, 2007 (2ª ed.); Vol 3:37-78.

Actas de reuniones científicas.

Pacheco Guanche, Francisco Javier. Historia, arquitectura y asistencia del Manicomio Provincial de Huelva. Actas del XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2012, marzo 2-3-4. Tarragona: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2012.

Documento electrónico.

Castro Molina, Francisco Javier; García Parra, Elisa; Causapie Castro, Álvaro; Monzón Díaz, Josué. Fundación e inicios del Manicomio de Tenerife. Rev Presencia 2011 jul-dic, 7(14). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n14/p0176.php>> Consultado el 30 de Mayo de 2013.

De Miguel, R. (2012). El proceso histórico de las ciencias de la salud. <http://www.juntadeandalucia.es /29888746/salud/enferm.htm>; 25 de enero de 2005.

- **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 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*.

