

María Rosa Parentini

Historia de la Enfermería

*Aspectos relevantes desde
sus orígenes hasta el siglo XX*



Ediciones
TRILCE

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

*Aspectos relevantes desde
sus orígenes hasta el siglo XX*

Ediciones
TRILCE

**Ilustración de carátula: *Mancha roja II*, 1921
Kandinsky**

© 2002, Ediciones Trilce

**Durazno 1888,
11200 Montevideo, Uruguay.
tel. y fax: (5982) 412 77 22 y 412 76 62
trilce@adinet.com.uy**

www.trilce.com.uy

ISBN 9974-32-294-4

ÍNDICE

PRÓLOGO por <i>Alma Carrasco</i>	7
--	---

CAPÍTULO 1

ESTUDIO HISTÓRICO Y SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

1.1 Introducción general	11
1.2 Antecedentes del problema y metodología propuesta	12
1.3 La enfermería desde el punto de vista etimológico	15

CAPÍTULO 2

EL CUIDADO DEL ENFERMO EN LA ANTIGÜEDAD

2.1 Introducción	19
2.2 Cercano Oriente	21
2.3 Lejano Oriente	25
2.4 El Mediterráneo	28
2.5 A modo de síntesis	30

CAPÍTULO 3

CUIDADO DE LOS ENFERMOS EN LOS COMIENZOS DE LA ERA CRISTIANA Y LA EDAD MEDIA

3.1 Introducción	33
3.2 Inicios de la Era Cristiana (siglos I al V)	33
3.3 Edad Media: Transformaciones	37
3.4 A modo de síntesis	48

CAPÍTULO 4

EL RENACIMIENTO: LOS CAMBIOS SOCIALES Y SU REPERCUSIÓN EN LA ENFERMERÍA

4.1 Introducción	51
4.2 La Reforma protestante	51
4.3 La situación hospitalaria	52
4.4 Repercusión en la enfermería	53
4.5 El avance médico-científico	54
4.6 A modo de síntesis	55

CAPÍTULO 5

RESURGIMIENTO DE LOS HOSPITALES Y DE LA ENFERMERÍA

5.1 La reforma social católica	57
5.2 La reforma social protestante	59

CAPÍTULO 6

FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910)

6.1 Datos biográficos	66
6.2 La guerra de Crimea y el papel de la enfermería (1853-1856)	72
6.3 Regreso a Inglaterra y publicaciones	75
6.4 La Escuela de Enfermería de Santo Tomás	78
6.5 Evolución de la enfermería comunitaria	81

CAPÍTULO 7

PROYECCIÓN DE LA ENFERMERÍA DESDE FINES DEL SIGLO XIX HASTA NUESTROS DÍAS

7.1 Panorama de la enfermería en algunos países europeos	85
7.2 Influencia del modelo Nightingale y desarrollo posterior en Canadá y Estados Unidos	89
7.3 La profesionalización del trabajo	93
7.4 El desarrollo de las investigaciones sobre la enfermería	97
7.5 Los cambios en la década de los sesenta	101
7.6 Las tendencias más recientes	102
NOTA SOBRE LA AUTORA	111

PRÓLOGO

*En el júbilo azul de cada día,
Al son del aire que en el musgo canta...*
Juana de Ibarbourou

La Profesora Emérita Licenciada en Enfermería María Rosa Parentini Tettamanti inició su trabajo para una Historia de la Enfermería en 1994. Esta materia había dejado de pertenecer al plan de estudios de pregrado en 1971 y no ha sido reincorporada.

Concibió la elaboración del libro de historia con un objetivo muy ambicioso, pues se proponía partir del desarrollo de la enfermería en el mundo y en América Latina para ubicar luego en ese contexto a la enfermería nacional.

Todos quienes trabajamos con la autora en el Comité de Curriculum de la Escuela Universitaria de Enfermería, transformado luego en el Departamento de Educación, Investigación y Extensión que ella dirigió hasta su retiro jubilatorio, conocimos su capacidad de estudio y elaboración conceptual; de sus múltiples vínculos con ámbitos universitarios; del permanente esfuerzo por un trabajo compartido en procesos grupales, aunando la participación de la enfermería nacional, de los órdenes universitarios y de los perfiles disciplinarios, contribuyendo a que enfermería fuera pionera en proyectos de desarrollo curricular. Los mismos se sustentaron en evaluaciones sistematizadas y en investigaciones cuyos resultados se constituyeron en pilares que aportaron al plan de estudios y al paradigma educativo la impronta sociocultural que buscaba dar respuesta a las necesidades de la población uruguaya.

Cabe destacar que en el momento de su fallecimiento (octubre de 1995) había preparado lo que constituía su primer borrador sobre historia de la enfermería en el mundo, desde sus orígenes hasta el siglo XX. Tenía pensado iniciar los contactos con especialistas con quienes se proponía realizar consultas.

La revisión y el ordenamiento del material que constituye este libro fueron realizados por la profesora Mónica Maronna, respetando la orientación y el contenido de aquel primer borrador; le dio estilo al texto y supervisó el acontecer histórico que contextualiza el devenir de enfermería. La bibliografía que se presentaba fue revisada por la profesora Soledad Sánchez y quien suscribe este prólogo. Su reformulación de acuerdo a las normas

de Vancouver 2000, fue realizada por la Licenciada en Bibliotecología Beatriz Celiberti.

María Rosa Parentini se basó en una cuidadosa revisión bibliográfica de historiadores de la enfermería, a quienes ella consideró una fuente ineludible de consulta, para la reflexión y el análisis. A fin de lograr “una mejor y mayor comprensión de nuestra evaluación estimamos de capital importancia conocer las influencias que hemos heredado de la universalidad de la enfermería...”.

La profesora nos va mostrando, a través del contexto histórico, cómo se fueron diferenciando en las distintas etapas de la sociedad, labores específicas a medida que emergían necesidades convocantes de cuidados del proceso salud-enfermedad. Hombres, mujeres, jóvenes, van asumiendo rumbos vocacionales y de especialización. El nacimiento de los gremios, aporta un saber práctico acumulado, a la vez que abre el camino al desarrollo del conocimiento científico.

La autora va relacionando los orígenes de un quehacer fuertemente unido a lo religioso (en cuanto claustro), a personas volcadas a ayudar a los demás, abnegadas y moralmente virtuosas. Analiza cómo dichos valores se instituyen con fuerza en el nacimiento de la enfermería uruguaya, en el contexto de una sociedad disciplinada, normatizadora y de rigurosa moral.

Se destaca un perfil que conjuga iniciativas de mujeres de clase alta que crean hospitales, que ayudan a los pobres y a los enfermos. Mujeres –religiosas y laicas– que se perfeccionan en un trabajo, dialogando con el dolor moral y físico y que van creando prácticas de cuidados, que a su vez se enseñan a jóvenes y a quienes se les asigna socialmente dicha función –bien desde el ámbito religioso como desde el militar–.

Luego de una etapa de oscurantismo para la enfermería, en razón del cambio de valores y la posición social de la mujer, que acaecen durante el Renacimiento, surge una vez más la figura femenina conduciendo cambios, desde varios ámbitos –cárceles, hospitales, escuelas de capacitación para el cuidado de enfermos–.

La autora, con entusiasmo, nos lleva de manera ágil y muy bien documentada a través de la interesante vida de Florence Nightingale y sus aportes a la profesionalización de la enfermería en cuanto a la capacitación, el ejercicio y la construcción científica. Para quienes somos enfermeras profesionales, la lectura de este libro, nos reafirma en los pilares científico-técnicos y humanos del ejercicio profesional; en que los cuidados de enfermería se constituyen en un proyecto de promoción, protección, recuperación y rehabilitación; dirigido al ser humano en su integralidad; en que el medio ambiente físico, biológico y socio-cultural promueve salud o genera enfermedad; en que la profesionalización del colectivo es responsabilidad de todas y todos los licenciados, dentro de un marco ético y tal como se desprende de la vida de Florence Nightingale, de la capacidad de negociación con políticos, profesionales, trabajadores...

Florence Nightingale acuña en un momento histórico lo que otras mujeres del pasado venían construyendo y proyecta hacia el futuro las bases de la enfermería moderna. Como consecuencia del progresivo desarrollo de la profesión surgen numerosas teorías, que sustentan el cuidado enfermero, y de las cuales la autora nos presenta una síntesis.

Alma Carrasco
Abril 2002

1. ESTUDIO HISTÓRICO Y SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

1.1 INTRODUCCIÓN GENERAL

Es común encontrarse con la aseveración de que la enfermería surgió como una necesidad imperiosa del hombre y que siempre existió alguien que se ocupara del cuidado de los enfermos. Esta tarea suele asociarse con la mujer. Una lectura primaria nos muestra que esta aseveración está supeditada a la acepción que históricamente se le haya dado al término enfermería; aspecto que merece un estudio general, así como un abordaje singular en el ámbito local.

Actualmente existe consenso en cuanto a que la enfermería es una práctica social que se ha convertido en una actividad científica muy compleja, enfrentada a un rol cambiante y en busca de su propio camino e identidad.

Su discurso está orientado a encontrar respuestas para cumplir con su finalidad central: contribuir al logro de un mayor nivel de salud y bienestar social en un mundo que clama por satisfacer sus necesidades bio-psico-sociales.

En este encuadre nos preguntamos:

- ¿Hacia dónde dirigir nuestras acciones?
- ¿Cómo lograr llevarlas a cabo?
- ¿Qué es lo que hemos alcanzado y/o perdido en nuestra trayectoria?
- ¿Cuáles fueron los factores positivos y los interferentes?
- ¿Cuáles son las dificultades actuales y sus causas?

La enfermería –al igual que toda profesión– debería encauzarse hacia los medios conducentes para trazar sus metas de desarrollo (proyecto o medio de cambio) que respondan a las necesidades sociales en materia de salud individual, familiar, grupal y comunitaria.

Todo cambio involucra ciertas rupturas con lo existente y, también, objetivos concretos hacia una perspectiva deseada. En el caso de la enfermería el modelo de cambio requiere un proceso de análisis retrospectivo que brinde un diagnóstico situacional histórico-social, como paso previo para realizar una propuesta, abarcando dos niveles: la práctica de la enfermería y la formación de recursos humanos.

Un proyecto o modelo de cambio puede ser un punto de partida para trabajos e investigaciones futuras. Nuestro ensayo persigue una finalidad didáctica, aspirando a servir como aporte informativo para futuros estu-

dios que se proyecten. Somos conscientes de la complejidad y ambición que reviste el propósito de realizar un estudio histórico-social de la enfermería en nuestro país, considerando los factores heredados desde su surgimiento como vocación u ocupación hasta su ulterior desarrollo como profesión.

Para aproximarnos a esta meta es menester incursionar en sus orígenes históricos, abordando su surgimiento, los cambios que fueron gestándose en las distintas épocas y sus determinantes sociales.

Partimos de la hipótesis de que en nuestro país la enfermería tuvo el impacto de modelos foráneos que signaron la formación del recurso humano y su práctica y que, a su vez, operaron en ella factores muy heterogéneos, pautados por el contexto histórico.

El conocimiento de las profesiones desde el punto de vista sociológico es la base fundamental para planificar sus cambios.

Estudios de esta naturaleza¹ aspiran a contribuir en la apertura de caminos; no sólo para docentes, estudiantes y graduados –en tanto instrumento de reflexión crítica–, sino también para planificadores universitarios, sociólogos y especialmente para las enfermeras y los médicos, que guiarán cambios universitarios que sustenten reformas estructurales necesarias en América Latina.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA Y METODOLOGÍA PROPUESTA

En el panorama universal se dispone de una extensa bibliografía referida a la historia de la enfermería y, en menor cuantía, a estudios sociológicos de la profesión. Los estudios históricos se encuentran básicamente en textos publicados entre 1912 y 1985; los sociológicos son más recientes. A los efectos de identificar nuestra herencia hemos seleccionado tres autores, en el entendido de que sus obras son las más completas y, además, éstos toman a su vez, como referencia, otros autores más antiguos pero que son fuente inevitable de estudio.

Hemos utilizado los aspectos concordantes de tres autores. Ellos son:

- Jamieson E. et al. *Historia de la enfermería*. 6a ed. México: Interamericana; 1968.
- Frank CM, Elizondo T. *Desarrollo histórico de la enfermería*. México: Sito Arte; 1966.
- Donahue MP. *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma; 1985.

En lo que respecta al estudio de la doctora en Enfermería Patricia Donahue, éste cuenta con una reseña histórica muy completa. La mencionada autora puntualiza que su obra toma como precursora la de la doctora Teresa E. Christy –considerada una de las más reconocidas investigadoras de Historia de la Enfermería, quien publicara en 1969 su tesis doctoral “*La piedra angular de la formación de enfermería*”, fallecida en la década del 80. Donahue también señala que según Imogene M. King, profesora del College of Nursing de la Universidad de South Florida, Tampa, la

doctora Christy fue la impulsora y defensora del “*método histórico, como un componente esencial del movimiento científico de la enfermería, como área acreditada y muy necesaria de la investigación en enfermería*”; este juicio data de 1978.

En su libro, la doctora Donahue rescata los estudios de la doctora Christy y los enriquece con su investigación y su experiencia como enfermera, con una selección de ilustraciones (documentación fotográfica y artística) y un análisis profundo de los hechos y las obras de arte y fotográficas que los ilustran. Es una historia que va desde la Era Precristiana hasta la actualidad. Según la autora, las mencionadas ilustraciones fueron incluidas para “*mostrar los cambios en los papeles y funciones de la enfermera*” como resultante de las “*principales fuerzas sociales, políticas e históricas de la sociedad*”.

La bibliografía sobre historia universal de la enfermería ha sido escrita mayoritariamente por norteamericanos. Algunas de las obras citadas han sido traducidas al español.

En lo atinente a estudios sociológicos de enfermería y de su práctica, podemos citar un número bastante menor de publicaciones, que también son de procedencia norteamericana.

Si bien la bibliografía es extensa, denota las limitaciones que al respecto padece todavía América Latina. Sin embargo, últimamente, la producción sobre este terreno ha sido motivo de preocupación por parte de enfermeras e investigadores mexicanos, que han emprendido una labor conjunta. Las enfermeras mexicanas, capacitadas para la investigación social, están realizando una serie de estudios que resultan pioneros en América Latina. También se destacan los aportes realizados en Brasil. Aquí se ha tomado como referencia la tesis doctoral de la enfermera brasileña María Cecilia Puntel de Almeida, en 1984, en Río de Janeiro: *Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática*.

Para este enfoque sociológico de la enfermería destacamos, además y como obras de importancia, las siguientes:

- Brown EL. *Newer dimensions of patient care*. New York: Russell-Sage Foundation; 1961, 1962, 1964. 3 v. En los mismos se exponen modelos revolucionarios de la práctica de enfermería, aun para nuestro presente por sus propuestas de cambio conducentes a un ambiente terapéutico y humanizado para los usuarios de los servicios de atención.
- Castañeda I, et al. *Enfermeras rompiendo barreras*. México: Círculo de Estudios de Enfermería; 1989.
- Martínez M, et al. *Sociología de una profesión: el caso de enfermería*. México: Nuevaomar, Centros de Estudios Educativos; 1985.
- Castañeda I, et al. *Enfermería: cadena o camino*. México: AAPAUNAM; 1988.

Cabe señalar que se tendrán en cuenta las propuestas y el análisis que emerjan del pasado inmediato y del presente de las instituciones mundiales y panamericanas de salud y de enfermería tales como:

- CIE (Consejo Internacional de Enfermeras). Documentos varios.
- FEPPEN (Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería). Diversas publicaciones.
- ALADEFE-UDUAL (Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería - Unión de Universidades de América Latina).
- OPS/OMS (Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud).
- Organizaciones privadas con proyección latinoamericana. Ponencias de congresos y eventos de distinto tipo.

En cuanto a nuestro país, debe anotarse que no existe un trabajo que encare el desarrollo de la enfermería dentro de un marco histórico-social. Una primera mirada nos muestra que se dispone de documentación suficiente, pero dispersa en su gran mayoría.

La publicación más completa –que constituye un relevamiento cronológico desde la época colonial hasta 1967– corresponde a la Escuela Universitaria de Enfermería.² También hay textos que datan de 1940 y 1943, descriptivos sobre la formación de la enfermera en lo relativo a sus elementos de enseñanza técnica, valores de la época, reglamentos y un código deontológico.^{3, 4}

Asimismo, en esa década comienzan a editarse revistas de la Asociación de Nurses del Uruguay con contenidos históricos, que pueden dar una base para el análisis de hechos de esa época. Desde entonces se sucederán otras revistas que marcan rumbos de orientación de la enfermería nacional. La última es la de la Escuela Universitaria de Enfermería, que comenzó a editarse en el año 1989 y que actualmente dejó de publicarse.⁵

Entre otras de origen más reciente, cabe consignar especialmente dos: *Escuela Universitaria de Enfermería. Pasado, presente y futuro*⁶ y *Situación de Enfermería en Instituciones Asistenciales de Montevideo*.⁷

En lo que respecta a documentos el panorama es cuantitativamente mucho más amplio, aunque se encuentra disperso en los archivos del Ministerio de Salud Pública, de la Asociación de Nurses y de la Escuela Universitaria de Enfermería, donde pueden encontrarse actas, convenios, resoluciones, reglamentos, decretos-ley, películas, álbumes y audiovisuales. Estos materiales todavía no han sido recopilados ni analizados dentro del encuadre que se pretende dar al estudio propuesto.

En la indagación realizada encontramos algunos textos cuya tendencia es centrar el enfoque en la relación cronológica de hechos propios de cada país. En algunos de ellos, aun los más recientes, se detectan errores respecto a la información recopilada en lo que hace a Uruguay, tanto en lo que tiene que ver con los cuadros cronológicos como en la denominación de nuestras instituciones.

Como corolario de lo anterior hemos seleccionado los elementos bibliográficos de acuerdo a criterios basados en su grado de actualización, fuentes de datos utilizados por los autores y confiabilidad de la fuente de procedencia.

Nuestra época se caracteriza por un cúmulo de teorías sobre la enfermería, resultantes de los programas de doctorado de nuestra disciplina. Tal es la variedad de perfiles teóricos que dicho aspecto demandaría un volumen complementario, razón por la cual aquí se ha obviado su profundización. Sólo destacamos que el primer intento teorizador aparece con Florencia Nightingale en 1859. Lo suceden otros, como los de Virginia Henderson, Hildegard Peplau y un sinnúmero de diversas posturas, principalmente en las décadas del ochenta y noventa, debido al énfasis que se le ha dado a esta temática como prototipo de creatividad del conocimiento y como búsqueda del saber y la identidad profesional.

Para una mejor y mayor comprensión de nuestra evolución estimamos de capital importancia conocer las influencias que hemos heredado de la universalidad de la enfermería y los cambios que se están operando en América Latina, en lo regional y en Uruguay.

Como se dijo, nuestra finalidad no es hacer una investigación de la historia universal de la enfermería, aspecto ya abordado satisfactoriamente por diversos autores. Lo que pretendemos es utilizar ese vasto campo bibliográfico y hacer un análisis lo más sistematizado posible, a fin de poder extraer conclusiones que nos guíen al momento de encarar posibles situaciones análogas, tanto en lo histórico como en lo sociológico.

Todo esto nos enfrenta, desde luego, a los desafíos de un pensamiento reflexivo, crítico de lo universal, lo panamericano y lo singular de nuestra realidad política, ideológica, cultural, así como del modelo de sociedad a la que aspiramos para la propuesta de cambios.

1.3 LA ENFERMERÍA DESDE EL PUNTO DE VISTA ETIMOLÓGICO

Antes de entrar al estudio de cada sociedad ubicada en su época, parece pertinente comenzar con un análisis de la etimología de los términos nurse, nursery, enfermera y enfermería.

Indagar el significado que se ha asignado a estos términos nos conduce a reflexionar sobre el alcance que muchas sociedades han dado a la enfermería, así como sobre los cambios ocurridos en su devenir.

Nurse: palabra inglesa que significa nodriza y que se deriva de *nocerice*, adaptada por medio del francés, del latín *nutrix*, *nutrire*. Se aplica a la criada destinada al cuidado de los niños: *niñera*. (Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana, Madrid; 1920, Tomo 39).

(Voz Inglesa) f. *Niñera*. (Diccionario enciclopédico UTEHA. México; 1952. v. 7).

(Anglicismo) *Niñera*. (Pequeño diccionario Kapelusz de la lengua española. Buenos Aires; 1980).

Nutriz (del latín *nutrix*): que nutre, mujer que amamanta a un niño, o nodriza. (Diccionario de la lengua española. 19ª. ed. Madrid: Real Academia Española; 1970).

Nursery: "en Inglaterra se llaman así las habitaciones que en las grandes casas se destinan a los niños y a las personas que los sirven". Se establecen condiciones que deben reunir estas casas, en su planta física, para cumplir su finalidad. (Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. v. 39).

Enfermero/a: m. y f. Persona destinada para la asistencia de los enfermos. (Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia Española; 1970).

"Persona que asiste a los enfermos y ayuda a los médicos". (Diccionario Kapelusz de la Lengua Española. Madrid; 1979).

Enfermería (de enfermo): "Casa destinada para los enfermos. Arte y profesión de cuidar científicamente a los enfermos y heridos... Consta de estudios teóricos de medicina elemental... prácticas convenientemente dirigidas por médicos o personal capacitado". "El enfermero ha pasado a ser verdadero auxiliar del médico... Según su formación en Salubridad Pública tiene el deber de visitar los hogares de la gente menesterosa, atender a los enfermos en sus casas, dar consejos acerca de higiene, etcétera". (Diccionario enciclopédico UTEHA. México; 1951. v. 4).

"Local o dependencia destinada para enfermos o heridos". (Diccionario de la lengua española. Madrid; 1970, y Pequeño diccionario Kapelusz de la lengua española. Buenos Aires; 1980).

A través de la consulta de diversos diccionarios vemos que, etimológicamente, la palabra nurse ha tenido relación con el cuidado de los niños, nodriza, ama de cría, amamantamiento de niños, niñera. También se percibe el sustantivo enfermero/a vinculado con el cuidado de los enfermos y con acciones desarrolladas con las personas y supeditadas al médico. Mientras tanto, *nursery* y *enfermería* se asociaban a planta física: lugar destinado a los niños, en el caso de *nursery*, o a enfermos, dolientes, débiles. Según los autores Saporiti y Correia *enfermería* proviene del latín "infirmus", que significa enfermo.⁸

Con el transcurrir del tiempo los anglicismos nurse y nursery se tradujeron al español dando origen a enfermera y enfermería.

Si se toma como guía la etimología de los términos anteriormente mencionados, podemos compartir el concepto de que "la profesión de enfermería ha existido de acuerdo con sus historiadores desde el tiempo de las cavernas, cuando el hombre que volvía herido de la caza era curado por la mujer (...) Sin embargo nuestra función social hoy no está muy clara; por algo en los medios profesionales y fuera de ellos la enfermera es poéticamente descrita como las manos del médico".⁹ Agregariamos que el papel como nodriza, lo asumió en los comienzos mismos de la humanidad.

La enfermería no fue ejercida únicamente por mujeres. El papel social asignado a la mujer fue uno de los factores que más incidió, sin descartar el militarismo y la ideología religiosa. Actualmente existe pluralismo respecto a conceptos de enfermería, resultante de la evolución y de las nuevas teorías que surgen especialmente en el siglo XX.

En definitiva, el significado conceptual de la enfermería ha ido cambiando a través de la historia y de las diferentes culturas. En los siguientes capítulos veremos de qué manera este concepto se fue modificando en el transcurso de las distintas épocas.

1. Martínez Benítez MM, et al. *Sociología de una profesión: el caso de enfermería*. México: Nuevaomar, Centro de Estudios Educativos; 1985.
2. Dotta B, et al. *Planificación de un currículum para enfermería profesional. Situación nacional de enfermería*. Montevideo: EUE; 1968. Publicación: 4.
3. Ginart de Botta L. *Manual de la nurse y de la enfermera voluntaria*. Montevideo: Botella; 1940.
4. Cianciarullo C. *La nurse*. Montevideo: Ceibo; 1943.
5. *Revista Uruguaya de Enfermería*. Montevideo: EUE; 1989-1993.
6. Sánchez S. *Escuela Universitaria de Enfermería. Pasado, presente y futuro*. *Rev. Urug. Enferm.* 1990; 2(3): 12-20.
7. Parentini MR, Verde J. *Situación de enfermería en instituciones asistenciales de Montevideo*. Montevideo: EUE; 1990.
8. Saporiti E, Correia F. *Em que consiste a enfermagem*. En: *Seminário Nacional O perfil e a competência do enfermeiro*. Fortaleza; 1987. Anais 1. Fortaleza, Ceará; 1987. p. 39.
9. Adam E. *Hacia dónde va la enfermería*. México: Interamericana; 1982. p. viii de la Introducción.

2. EL CUIDADO DEL ENFERMO EN LA ANTIGÜEDAD

2.1 INTRODUCCIÓN

Se ha dicho, y así lo confirman autorizadas fuentes bibliográficas, que la enfermería tiene sus orígenes en las necesidades humanas, por lo que siempre alguien tuvo que ocuparse del cuidado de otros. En consecuencia, se considera una actividad tan antigua como el hombre y estaría centrada en la esfera de lo individual, de lo tribal y de lo familiar.

Durante la Era Precristiana, en su necesidad de encontrar respuestas respecto a las causas de las enfermedades y de las fuerzas que obran sobre el hombre, las sociedades buscan los fundamentos en diversas ideologías y filosofías de vida. Luchan por conquistas territoriales para su supervivencia y, a través de éstas, las culturas se van entrelazando e influyendo recíprocamente.

No siempre la concepción del hombre y del mundo, asociada a las fuerzas sobrenaturales, marcó avances en el desarrollo del saber médico. Este se fue gestando con altibajos desde las civilizaciones antiguas, mediante la observación, el uso de hierbas, la terapia naturalista, la medicina popular y la experimentación. Esencialmente primó el empirismo a través de magos, brujos, sacerdotes de distintas religiones, sacerdotes-médicos, médicos y cirujanos laicos.

En todas las civilizaciones encontramos prácticas médicas que tratan de evitar la enfermedad, de curar a los enfermos utilizando diferentes métodos hasta llegar a la iniciación de la práctica científica. En tal sentido, esta evolución parte del “animismo”, que ponía un singular énfasis en la atención que debía dispensarse a los seres inanimados –a quienes se atribuía un espíritu o alma– y que funcionarían como determinantes de los acontecimientos favorables o desfavorables.

Las distintas civilizaciones dejaron un legado importante en sus libros sagrados y/o tratados de medicina y cirugía. Iniciaron prácticas de naturaleza preventiva, especialmente en lo relativo a normas higiénicas, enseñanza y obras de saneamiento.

Existe, en esta etapa histórica, muy poca información de verdadera relevancia sobre nuestra profesión. Su característica esencial fue la práctica en el hogar, supeditada al papel que se asignaba a la mujer como nodriza y madre. La enfermería no existió como formación especial ni acompañó el desarrollo del saber médico.

En algunas civilizaciones lo que se denominó enfermería estuvo a cargo de esclavos, domésticas y ancianos. Asimismo debe subrayarse la aparición de la partera como ocupación definida y separada de la enfermería. Todo permite presumir que la partera era quien ayudaba a la mujer a tener sus hijos en el hogar.

Es en la India, a fines de la Era Precristiana, donde se percibe una descripción del cuidado del enfermo como realizado por un equipo y donde también –por única vez– vemos la descripción de las tareas, cualidades y conocimientos que deben poseer los enfermeros. La práctica de enfermería estaba esencialmente a cargo de varones y de algunas ancianas, subordinados al médico y al paciente. Además, se desconoce quiénes formaban a estos enfermeros.

La desvalorización del quehacer de la enfermería se evidencia cuando el cuidado de los enfermos es asignado a los esclavos, domésticos y ancianos; quizás porque éstos no tenían hijos para cuidar y amamantar.

La afirmación anterior se refuerza con la siguiente apreciación: *“la condición femenina de opresión, y por tanto de inferioridad, no obedece a un rasgo esencial de las mujeres que no pueda ser superado, sino que, por el contrario, nuestra pretendida inferioridad es fruto del condicionamiento social en las sociedades patriarcales”,* así como de *“la división sexual del trabajo (tareas femeninas y masculinas)...”; “el trabajo de enfermería se considera como extensión de las funciones femeninas tradicionales: ama de casa, esposa y madre (...), las mujeres atienden los rituales de su familia, preparan y ofrecen los alimentos, acarician a sus hijos y esposo y remedian el sufrimiento de toda la familia”.*¹

A modo de resumen. Puede sostenerse que la historia de la enfermería se inicia con una identidad esencialmente centrada en el hogar, en sociedades patriarcales donde la mujer está subordinada al hombre, que es quien asume el papel protagónico en la organización social. Sobre el final de la Era Precristiana en Roma se vislumbra cierto cambio en el rol de la mujer como consecuencia del alejamiento de los hombres de la vida hogareña, a causa de la búsqueda de mayor poderío económico y territorial.

Es recién sobre el final de esta era que se iniciaron las escuelas de medicina. La aceptación de la disección y la experimentación dio origen a la biología y a la anatomía comparada, así como a la ruptura entre lo mágico y lo científico, aunque la importancia del elemento mágico perdurará en el tiempo.

A fin de mejor ilustrar lo que acabamos de afirmar, en los numerales siguientes expondremos algunos ejemplos puntuales que avalan tales conclusiones.

2.2 CERCANO ORIENTE

Egipto

Una vez superada la etapa animista, ésta es reemplazada por la mitología politeísta, conforme a la cual la diosa Isis auxiliaba al enfermo. Estos hechos coinciden con la creación de templos y el surgimiento de una clase sacerdotal que los preside. En ellos se recibía y albergaba a los enfermos, coincidiendo la figura del sacerdote con la del médico. De acuerdo con diferentes estudios consultados, estos sacerdotes-médicos eran asistidos por un grupo de mujeres templarias, pertenecientes a la clase alta, y que tenían –según Jamieson– categoría de sacerdotisas, aun cuando no surge con claridad cuál era el papel de las sacerdotisas en relación con el cuidado de los enfermos.

Frank y Elizondo² señalan que en esta época “la obstetricia sólo era practicable por mujeres; cada parturienta tenía que ser atendida por cuatro parteras”. Según Saporiti y Correia³ la enfermera era quien “creaba un ambiente confortable para el enfermo”, lo hacía instintivamente y se basaba en el cariño, limpieza, alimentación y procedimientos simples del cuidado. Presumimos, por falta de documentación precisa, que las sacerdotisas eran las que se encargaban de las tareas descritas por Saporiti y Correia (aseveración de Nutting y Dock en *A History of Nursing*).⁴

Hacia el año 2800 a.C. aparece la figura de Ymhotep, un sacerdote médico quien es considerado el primer médico de la historia. Mil años después se convierte en dios egipcio de la medicina.

La descripción de la práctica médica se encuentra en los papiros. Existen varios, siendo el papiro de Ebers (su descubridor) el que constituye un verdadero tratado de medicina y cirugía, el más antiguo del mundo, con la descripción de tratamientos para gran variedad de enfermedades. Asimismo, el papiro de Smith es un tratado de cirugía avanzado para esa época. Estos documentos contienen descripciones de enfermedades conocidas por las ciencias modernas y un extenso listado de medicamentos. Los manuscritos se ocupan, básicamente, de tres elementos: la religión, la magia y la descripción de las enfermedades y los tratamientos.⁵ Además, se destaca la aparición del hipnotismo en la práctica médica como el arte de controlar la mente.

Esta etapa histórica finaliza con la creencia de que la sabiduría estaba en el poder de los dioses y en que la inmortalidad dependía de la conservación del cuerpo. Se desalentó la experimentación y se prohibió la disección, lo que impidió el progreso de la medicina: si un sacerdote médico transgredía los Libros Sagrados, pagaba con su vida.⁶

Hacia 330 a.C. se produce la invasión y conquista de Egipto por Alejandro Magno, hijo del rey de Macedonia, región de la antigua Grecia. Alejandro fue discípulo de Aristóteles y formado por él. Aristóteles había hecho importantes progresos disecando animales; se lo ha considerado el fundador de la biología y comenzó el estudio de la anatomía comparada.

Hipócrates –también griego, nacido en 460 a.C.– tuvo singular protagonismo en el giro de lo mágico a lo científico.

Alejandro fundó una escuela de medicina en el Egipto conquistado. Durante el reinado de Cleopatra, el auge que imperaba en Egipto lo transformó en el punto de mira “*de estudiosos de todo el mundo*”⁷ y médicos de distintos países concurrían a este centro de estudios.

Vemos que en este período (caída de Egipto desde el año 330 a.C. hasta el siglo I a.C.) se evidencian grandes avances en la práctica médica, debidos a las invasiones que trasladan los adelantos de los conquistadores, fundamentalmente emanados del saber griego. En cuanto a la enfermería, no se tiene información alguna; tampoco encontramos datos sobre existencia o no de hospitales; el énfasis está puesto en el adelanto científico.

Babilonia o Antigua Mesopotamia

Es de destacar la significación del Código de Hammurabí (1900 a.C.), que reglamenta, entre otros aspectos y en lo que más importa a nuestro estudio, la práctica de la medicina. Este cuerpo normativo, inspirado por propósitos humanitarios y de justicia social, se convierte en un importante aporte a la legislación y medicina legal.

Se produce un gran adelanto, tanto en la medicina como en la cirugía. De acuerdo al Código Legal se infringían castigos a los cirujanos; en caso de fracaso, como pena mayor le cortaban las manos. Aparecen los cirujanos laicos. Esta cultura concede mayor importancia a la cirugía que a la medicina, que continuaba practicando métodos mágicos para expulsar demonios.

Consideraban la enfermedad como hecho causado por la ira de los dioses y por los espíritus maléficos. Los buenos espíritus ayudaban a la supervivencia. Asociaban la astrología con las disfunciones fisiológicas; los astros influían sobre los hombres. Fueron los pioneros en horóscopos, surgió así el astrólogo-sacerdote, quien ejercía una medicina mágica y astrológica. Además contaban con los cirujanos y los médicos laicos, considerados una clase importante de Babilonia. El astrólogo-sacerdote combinaba magia-astrología-religión.

En Babilonia –donde se practicaba la poligamia– el lugar de la mujer se ubicaba en el hogar, dedicada a lo doméstico. El cuidado de los enfermos estaba conferido a domésticos y esclavos, hombre o mujer. Poco se conoce en relación con la práctica de la enfermería y de la atención de los enfermos en centros especiales. Se sabe que existían templos, pero se ignora si cumplían alguna función vinculada a la atención de la salud.

La enfermería sería una ocupación independiente, pero no se describe en qué consistía esa práctica “*independiente*”. Según Donahue, “*existen relatos de ama de cría, parteras o cuidadoras de niños*”; en algunas ilustraciones de la época aparece “*enfermera asistiendo a un paciente*”.⁸

Asiria

El concepto de enfermedad, para los asirios, radicaba en la creencia de la acción de los espíritus malignos sobre la persona; estos espíritus eran los causantes de la dolencia como castigo por los pecados cometidos. La enfermedad también podía hallar su origen en el no cumplimiento de las leyes fisiológicas o en el efecto de los cambios lunares sobre las personas. La práctica médica se asociaba a las creencias religiosas y se promovía el arrepentimiento como un medio para curarse a través de la magia y de la combinación entre ésta y la religión. Las prácticas más comunes consistían en encantos y amuletos.

Cuando la enfermedad era causada por no cumplir con las leyes fisiológicas, la curación se podía lograr con buenas prácticas de higiene. La utilización de encantos y amuletos respondía a la creencia en el efecto de los cambios lunares. Los números traían suerte o desgracia; el número siete era sagrado. El séptimo día era dedicado al descanso. En el tratamiento de las enfermedades también empleaban plantas, siguiendo ciertas normas para arrancarlas. Según la planta a ser empleada, ésta se extraía en la noche, en el día o en ciertas fases lunares. La purificación podía lograrse con ceremoniales en los que se utilizaba el fuego, el agua y hasta el sacrificio humano. Sobre estas prácticas no existe una información detallada. Utilizaban ciertos remedios semejantes a los que emplean las curanderas de nuestros días y gualichos.

La literatura sobre Asiria no hace mención a la enfermería, así como tampoco a la existencia de hospitales o templos-hospitales.

Palestina

Hacia 1955 a.C estuvo en Jerusalén el centro principal y la religión ocupaba un papel de singular importancia. En esta época algunas tribus emigraron hacia Babilonia, otras a Asiria y otras a Palestina, parte occidental de la cuenca fértil. Estas tribus constituyeron pueblos a los que se llamó hebreos. Según Donahue, quien a su vez cita a Reinach (1930), se designaron con este nombre por constituir *“una población autóctona a la que acabarían por dominar (...) La traducción literal de la palabra hebreo es ‘la gente del más allá’”*.⁹

Su religión se centraba en la creencia en el poder supremo de un dios, Jehová, creador de un hombre libre de voluntad e inmortal. Además, creían en la unidad *“cuerpo-mente-espíritu”*.¹⁰ Al principio fueron monoteístas y rechazaban, a diferencia de otras civilizaciones antes mencionadas, las prácticas mágicas, llegando incluso a condenar a quienes las practicaron.

Jehová era considerado como un dios bueno, hacedor del bien común; exigía obediencia de sus hijos, hermandad entre los hombres y caridad hacia los demás.¹¹

Su concepto de enfermedad era un tanto contradictorio con su postura ideológica, manteniendo la creencia de que la enfermedad surgía como

castigo a los pecados del hombre. La salud se conservaba “*manteniéndose puros ante el Señor*”. Centraban en Jehová, su dios supremo, el poder sobre la vida y la muerte.

El concepto salud-enfermedad tomó un sesgo particular con Moisés, quien, por mandato del Dios supremo, instaura la Ley Mosaica. Los autores consultados coinciden en que la Ley Mosaica muestra en algunos aspectos, especialmente en lo civil, la influencia egipcia y ciertas semejanzas con el código Hammurabí en esa materia.

Además de contemplar lo civil, la Ley Mosaica pone énfasis en lo social, dando importancia a la justicia, a los pobres y a los débiles. Incluye, también, un verdadero código de higiene personal, familiar y comunitaria a nivel nacional.

Establece normas para la salud pública general: higiene personal, limpieza, descanso y sueño, horas de trabajo, protección de la mujer durante la menstruación, embarazo y parto; la circuncisión, si bien atendía a prácticas religiosas, tenía, a la vez, connotaciones de norma higiénica. Con respecto a la dieta, se establecían prohibiciones de carácter religioso e higiénico. Hay autores que interpretan que ciertas prohibiciones relativas a la dieta podrían obedecer a razones sociales; por ejemplo, la ingestión de cerdos con la escasez de agua y alimentos que compitieran con las necesidades del hombre.

Se daba importancia fundamental a conceptos de validez actual, como la protección de la salud y la prolongación de la vida. Según Donahue, todas estas normas higiénicas, de protección a la salud y preservación de la vida, tienen una base doctrinaria (ideológica) que “*es la conservación de la raza*”. Esta aseveración, a su vez, es tomada del Deuteronomio XIV, 2: “*el objetivo de la conservación de la raza concuerda con la idea de que los israelitas eran el pueblo elegido*”.¹²

De todo lo que precede concluimos que los judíos introdujeron varios conceptos importantes: la eliminación de las prácticas mágicas como tratamiento de las enfermedades, la existencia de enfermedades transmisibles y el contagio directo por contacto; la noción epidemiológica de las enfermedades, el concepto de prevención de enfermedades transmisibles y la denuncia a las autoridades pertinentes (sacerdotes-médicos) para su contralor.

Según la bibliografía consultada, muchos aspectos contenidos y sostenidos por los judíos respecto a normativas sobre salud y enfermedad caen en el olvido en civilizaciones y períodos históricos siguientes y recién son retomados en la Edad Media (Shryock, 1959, p. 32, referencia de Donahue).¹³

En cuanto a la práctica de la enfermería, de acuerdo a lo descrito en el Antiguo Testamento a.C., el Nuevo Testamento y los Talmuds escritos d.C., las enfermeras no aparecen como tales, sino que se las identifica con amas de cría y cuidadoras de niños, pero no se las asocia al cuidado de los enfermos. Presumimos que las enseñanzas sobre higiene, prevención de enfermedades, etcétera, estarían a cargo de los sacerdotes-médicos y de los padres.

La partera atendía a la mujer durante el embarazo y el parto, instancia en la que quien daba a luz lo hacía en un taburete de forma circular, siendo asistida por la partera ubicada delante de ella, sentada en un taburete más bajo. Hacemos referencia a esta particularidad debido a que actualmente esta misma práctica –parto en silla cuadrada o circular fenestrada– se emplea en algunos programas de asistencia materno-infantil en América Latina.

Como primera enfermera se menciona a Debora o Deborah (según los autores), cuidadora de niños y ama de compañía, “*es quien acompaña a Rebeca en una expedición en camello, como enfermera*”. (Donahue y Jamieson, quienes toman la referencia del cap. XXIV del Génesis).

El hecho concreto es que no aparece la figura de la enfermera en las xenodochias (casas para los forasteros y enfermos) y se presume que Debora cuidaba enfermos. A pesar de lo antedicho no compartimos que Debora fuera la primera enfermera, ya que con anterioridad habían aparecido los esclavos y domésticos como encargados del cuidado de los enfermos en Babilonia.

2.3 LEJANO ORIENTE

India

El primer médico de la India fue un sacerdote (médico-mago). Sushruta representaba el aspecto quirúrgico y dejó un verdadero tratado de cirugía, considerado por algunos investigadores el más antiguo en la materia; otros investigadores lo ubican temporalmente en el siglo IV a.C. Si data de este período pudo haber tenido influencia de “*Grecia y a través de ella de Egipto*”. (Donahue, cita a Seymer, 1932, p. 9).¹⁴

Charaka representa la medicina, “*heredada su sabiduría del dios-serpiente de mil cabezas*”.¹⁵ Señalamos que la serpiente aparece en Grecia, junto con el dios mago Esculapio en el siglo IV a.C., lo que asociamos con el símbolo actual de la medicina.

Sushruta y Charaka eran los principales contribuyentes a las prácticas médicas de esa primera época, así como a sus enseñanzas. Por entonces, la condición social del médico-mago era superior a la del cirujano, aunque la cirugía en la India, al igual que la medicina, estaba más desarrollada que en otras culturas de la época.

Según Donahue, en uno de los documentos (códigos) se “*describe el concepto de equipo en el cuidado de la salud*”,¹⁶ ya que se especifica la acción conjunta del médico, el fármaco, la enfermera y el paciente, así como los deberes y cualidades de cada uno de los mencionados. También Frank y Elizondo hacen referencia a la lección IX del Charaka-Samhitas sobre estos aspectos.¹⁷

Para dedicarse al cuidado de los enfermos se establecían normas morales y era requerido un permiso especial. Se ponía énfasis en la prevención

de las enfermedades y, aunque el cuidado del cuerpo era un deber religioso, se confería importancia al saneamiento y la higiene. Tanto médicos como comadronas debían tener las uñas cortas. Los médicos debían, además, ser limpios, estar afeitados, vestir de blanco, llevar bastón y paraguas en las manos, renunciar a la compañía de mujeres y poseer buena prestancia física.

En el año 1 a.C. continuaban actuando los sacerdotes-médicos como protagonistas de la práctica médica. El hecho de que no aceptaran la disección ni el contacto con el tejido sanguíneo provocó, al igual que en Egipto, el retroceso de la disciplina médica.

En lo que tiene que ver con la práctica de la enfermería, es en la India donde, por primera vez en el lapso histórico reseñado, aparece una descripción más concreta y amplia con respecto a las tareas que involucra.

Sin descartar a las mujeres –ancianas, por lo general–, lo más frecuente eran los enfermeros varones.

Donahue extracta lo referente al quehacer de la/el enfermera/o y a los conocimientos que éstas/os debían poseer, anotando al respecto que *“la enfermera debe poseer conocimientos de la forma en que deben prepararse o combinarse los medicamentos para su administración, astucia, dedicación al paciente al que atiende, pureza (tanto de la mente como del cuerpo). Estas son las cuatro cualidades de la enfermera”*. La autora transcribe este fragmento del documento de Kaviratma, N. D.; p. 102 y 103, en el que también se describen las cualidades del médico, el fármaco y los deberes del enfermo.¹⁸

Frank y Elizondo coinciden y citan lo anteriormente expuesto sobre la enfermera, pero toman su referencia de Charaka-Samhita.¹⁹ También Donahue toma citas de Charaka (Shamita, vol. 1, p. 168-169) y de Sushruta (Samhita, vol. 1, cap. 34, p. 305-307). Estas citas, según Elizondo, son tomadas del texto básico que se usaba en la medicina hindú de 600 a.C.

Por considerarlos de suma importancia, rescatamos de la documentación fragmentos de lo recopilado por Donahue. Las *“enfermeras debían poseer las siguientes cualidades y tareas: altos principios morales, buenos modales, capacidad de inspirar confianza, pureza y hábitos de higiene, respeto a la persona que deben cuidar, talento, habilidad y bondad, destreza en general y en toda clase de servicios que necesite el paciente, competencia para cocinar alimentos, habilidades para bañar y lavar al paciente, destreza para hacer fricciones, masajes en las extremidades, incorporar al paciente, ayudarlo a caminar y para movilizarlo; destreza para el arreglo y limpieza de camas; competencia en la preparación de fármacos; mostrarse dispuestas a realizar cualquier acto que se les ordene (médico o paciente). (...) El enfermero sólo es apto para cuidar o atender al enfermo en su lecho si es frío de mente y agradable en el trato; que no hable mal de nadie, que sea fuerte y esté atento a las necesidades del enfermo y que siga de forma estricta e infatigable las instrucciones del médico”*.²⁰

Jamieson señala que las mujeres ocupaban una *“posición relativamente alta”* y que la monogamia coexistía con la poligamia; la mujer, en el año 1 d.C., se centraba en la administración del hogar (cuidado de la familia).

No actuaban como enfermeras en los centros asistenciales, estando éstos a cargo de los hombres y las ancianas.²¹

Ningún autor hace mención a la formación de este personal: quién, cómo y dónde se preparaban los que oficiaban de enfermeros/as para cumplir su función.

Todo lo visto no sólo pone de manifiesto las competencias que requerían, sino también los valores éticos de la época, el concepto de obediencia y subordinación al médico y al paciente.

Es de destacar que, por primera vez en la historia, aparece una descripción amplia de las cualidades y tareas de los integrantes del cuidado del enfermo y, por ende, de la enfermería, pero centralizadas en la atención del enfermo.

China

La enfermedad se consideraba un estado de desequilibrio interior del individuo y de éste con el universo. El esquema de comprensión se entendía como resultado del desequilibrio de la interacción entre dos fuerzas:

- el *yang*, principio masculino representado por lo positivo, cálido, seco, ligero, lleno de vida; y
- el *yíng*, principio femenino, de connotación negativa, pasiva, oscura, fría, húmeda, débil y sin vida.

Las dolencias también se originaban, según las concepciones que estamos reseñando, en la acción de los espíritus maléficos y fuerzas animistas. Por lo anterior, la oración de los enfermos podía ser benéfica para recobrar la salud.

En cuanto a la práctica médica, se exhibe un gran compendio de medicina en el que se establecían métodos sistemáticos de diagnóstico. En el referido compendio figura la máxima: "*mira, escucha, pregunta y siente*"; lo que significa ver, auscultar, interrogar y palpar.

En ciertas circunstancias se practicaba la sangría, pero como medio para extraer los malos espíritus. Concomitantemente se administraban sustancias a modo de vacunas, especialmente contra la viruela, e hierbas medicinales que constituían una variedad de 365 fármacos. Los chinos subrayaron el aspecto preventivo e iniciaron las técnicas de la acupuntura.

Ninguna de las fuentes bibliográficas consultadas hace mención a la existencia de hospitales (sólo aparece la descripción de lo que podía considerarse una especie de sala de curaciones). La carencia mencionada se relacionaría, según Donahue, con el deber del pueblo chino de cuidar a los familiares en el hogar.

En lo relativo a la práctica de la enfermería en sí, los documentos chinos de este período no registran datos. Por nuestra parte, pensamos que en el caso de que alguien cuidara a los enfermos fuera del hogar, éstos serían hombres, ya que, desde el año 2000 a.C. aproximadamente, el rol femenino se limitaba, salvo excepciones, al de esposa sumisa y fecunda,

subordinada a la familia y al marido, siendo más valorada si tenía un hijo varón.

2.4 EL MEDITERRÁNEO

Grecia

Al ser una civilización politeísta, creían en el poder de múltiples dioses; entre ellos Apolo era el dios del sol, la salud y la medicina; Esculapio o Asclepio –hijo de Apolo– se consideraba imagen del médico ideal, acompañado de las serpientes de la sabiduría. A tal punto valoraban a las serpientes no venenosas que éstas convivían con los enfermos y *“lamiendo las heridas proporcionaban un tratamiento de limpieza que en ocasiones resultaba eficaz”*.²² La serpiente, incluso, figura en el caduceo médico. Debe mencionarse, además, a Higía –también hija de Apolo–, diosa protectora de la salud, y a Panacea, que curaba todos los males. Como se ve, la salud aparece vinculada a una diversidad de divinidades.

Su concepto de salud involucra la armonía entre lo moral y el perfeccionamiento de cuerpo y mente. Esta concepción explica por qué los griegos no prestaban atención a los incurables y a las embarazadas: la muerte, como el nacimiento, eran para ellos causas de corrupción, sin perjuicio de su admiración por la belleza, la perfección y su concepción de la salud.

La atención organizada surge en lo que denominaron xenodochias y los yatrion. La xenodochia griega era semejante a la hebrea, pero en Grecia eran municipales y son consideradas organizaciones precursoras de los hospitales municipales. Los yatrion eran para atender a los ambulatorios, algo así como policlínicas.

Estos centros de atención surgen como medio de brindar cuidado a los enfermos que transitaban como “viandantes”, es decir, como resultado de su valoración por la hospitalidad. Esta necesidad se intensificaba con el incremento del comercio regional. La hospitalidad era entendida por los griegos como un valor primordial, como un deber religioso. De allí que brindaran mucha atención a los pobres, enfermos y viajeros necesitados.

Levantaron templos y los principales fueron los de Esculapio, verdaderos centros dedicados al desarrollo de la medicina y la religión, también destinados a actividades grupales o comunales, recreativas y sociales.

En el siglo VIII a.C. ya poseían una escuela médica y hacia el año 500 a.C. se realizaban prácticas de medicina en las xenodochias, los yatrion y los templos de Esculapio. Existían los sacerdotes médicos y sacerdotes que se encargaban del cuidado de los enfermos, brindaban cuidados de higiene, confort y administraban algunos medicamentos. Como otras medidas higiénicas y terapéuticas consideraban el sol, el aire puro, el ejercicio y la diversión.

Es en Grecia donde la ciencia alcanza mayor auge y, a la vez, aflora gran desarrollo cultural. En el siglo V a.C. aparecen celebridades como Aristóteles, destacado por sus trabajos de disección en animales y considerado el primer biólogo; Hipócrates, nacido en el año 460 a.C., que sobresalió como el primer médico; Sócrates y Platón que brillaron por sus estudios filosóficos y políticos.

Hipócrates estudió medicina en una escuela ya existente en la isla de Cos y sentó sus bases científicas. Estableció los fundamentos de la práctica médica, subrayando la importancia de la observación, estableciendo la relación entre síntoma y causa, realizando estudios de las historias y síntomas de pacientes como base para el diagnóstico y tratamiento. Con él surge el código ético del médico²³ y se elimina en Grecia la práctica mágica de la medicina y las supersticiones relativas a los espíritus buenos y maléficos. No obstante, *“el profundo respeto por la perfección física retardó el progreso de la medicina al prohibir que se desfigurara al cuerpo mediante la disección”*,²⁴ señala Jamieson.

Roma

En caso de enfermedad los romanos acudían a los dioses a través de los sabios, quienes también actuaban en los hospitales del ejército, notoriamente superiores a los carenciados dispensarios civiles.

Hasta el año 200 a.C., en que se producen ciertos contactos con Grecia, los romanos recurrían a los dioses, hierbas, magia y serpientes en las casas como medio de curación. Desde entonces se autorizó la actuación de médicos griegos o formados por éstos.

En tanto que guerreros, los romanos necesitaban hombres fuertes y sanos y de ahí que pusieran énfasis en normas higiénicas, salubridad pública, sistema cloacal, potabilización del agua y buenos hospitales para el ejército. Al mismo tiempo, la ausencia masculina por su afectación al ejército, genera un contexto que se traduce en un vuelco sustantivo en cuanto al rol de la mujer romana: encuentra igualdad con los hombres, conquistas ante la ley, una ubicación social liberal y desarrolla gran personalidad a través de su participación ciudadana.

2.5 A MODO DE SÍNTESIS

Donahue (tomando como referencia a Goodnow, p. 23) hace las siguientes afirmaciones, que ofician como resumen de los extremos que vienen de estudiarse: *“el animismo se servía de las buenas obras como un amuleto para prevenir la desgracia. El judaísmo instaba a la justicia y a la misericordia con el fin de asegurar la prosperidad en el mundo. El budismo enseñaba que la ayuda y la bondad con los demás aseguraban el mérito para el estado futuro. Incluso en el cristianismo deteriorado de la Edad Media encontramos esta misma enseñanza de que la bondad y el servicio a los demás permiten acumular méritos para ganar el cielo”*.²⁵

Es notorio que la religión imprimió signos perdurables en relación con la concepción de la enfermedad y el cuidado de los enfermos. Es igualmente evidente que el papel que fue asumiendo la mujer en la sociedad abrió nuevos espacios, no sólo para otro protagonismo en la comunidad sino también para su inserción como trabajadora social y organizadora de instituciones dedicadas a la atención de los necesitados.

Al pasar a la esfera de la Iglesia y de eclesiásticos la atención de los enfermos, se enfatiza no sólo el altruismo, sino además la devoción, docilidad u obediencia a reglas estrictas signadas por la disciplina conventual. La subordinación de quienes se encargaban del cuidado de los enfermos en el hogar patriarcal dio paso a la subordinación respecto de sacerdotes cristianos y médicos. Estos hechos constituyen una herencia histórica de acatamiento que ha limitado a la enfermería en la toma de decisiones e iniciativas; supeditación al poder médico y vocación que linda con la abnegación y el altruismo religioso.

En nuestro país estas características de la enfermería se mantuvieron como grandes valores en centros de formación y en el ejercicio profesional hasta el siglo XX, perdurando también en otras sociedades.

1. Castañeda I, et al. *Enfermería: cadena o camino*. México: AAPAUNAM; 1988. p. 33-35.
2. Frank CM, Elizondo T. *Desarrollo histórico de la enfermería*. México: Sito Arte; 1966. p. 10.
3. Saporiti E, Correia F. *Em que consiste a enfermagem*. En: *Seminário Nacional O perfil e a competência do enfermeiro*. Fortaleza; 1987. Anais 1. Fortaleza, Ceará, 1987. p. 39.
4. Nutting MA, Dock LL. *History of nursing*. New York: Putnam; 1935. v. 2.
5. Donahue MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1985. p. 39-40.
6. Jamieson E, et al. *Historia de la enfermería*. 6ª ed. México: Interamericana; 1968. p. 24.
7. Ibid. p. 42.
8. Donahue MP. Op. cit. p. 49.
9. Ibid. p. 50.
10. Ibid. p. 51.
11. Jamieson E, et al. Op. cit. p. 27.
12. Donahue MP. Op. cit. p. 51.
13. Ibid. p. 52.
14. Ibid. p. 60.
15. Ibid.
16. Ibid. p. 61.
17. Frank CM, Elizondo T. Op. cit. p. 16.
18. Donahue MP. Op. cit.
19. Frank CM, Elizondo T. Op. cit.
20. Donahue MP. Op. cit. p. 62.
21. Jamieson E, et al. Op. cit. p. 32.
22. Ibid. p. 41.
23. Ibid. p. 41-42.
24. Ibid. p. 40.
25. Donahue MP. Op. cit. p. 93.

3. CUIDADO DE LOS ENFERMOS EN LOS COMIENZOS DE LA ERA CRISTIANA Y LA EDAD MEDIA

3.1 INTRODUCCIÓN

Como anota Isabel Maitland Stewart, una de las formas más subrayadas de la caridad de la Iglesia fue, precisamente, el cuidado de los enfermos. En los dos primeros siglos de nuestra era, la visita a los enfermos era un deber de todo creyente y, muy especialmente, de diáconos y diaconisas, que incluso llevaban a sus propias casas a aquellos que no la tenían y se encargaban de ellos. Tales servicios no requerían clase alguna de preparación técnica, bastando con la puesta en práctica de la idea de fraternidad cristiana.

Más tarde esta clase de tareas se centrará en hospitales o casas de huéspedes, con personal de dedicación completa. En principio, la regla era seleccionar el personal entre viudas, vírgenes y otros miembros de la Iglesia con escasas ataduras domésticas. A partir del siglo VI, con el acelerado crecimiento del movimiento monástico, un importante número de célibes voluntarios –tanto hombres como mujeres– se unió a las órdenes religiosas y el cuidado de los enfermos y los desvalidos se convirtió, en muchos casos, en devoción.

3.2 INICIOS DE LA ERA CRISTIANA (SIGLOS I AL V)

Las órdenes en los primeros siglos del cristianismo

La información relativa a las órdenes femeninas y masculinas que obraron entre los siglos I y V se encuentra, según la bibliografía consultada, en las escrituras y relatos de San Jerónimo en la Carta a Océano y otros documentos de la época. El cristianismo ve al enfermo como la imagen de Cristo, enfatizándose el amor al prójimo, las buenas obras, la misericordia y la creencia en un solo Dios. Cuidar al enfermo, al desvalido, al pobre, significaba cuidar a un hermano necesitado. Estas órdenes estaban guiadas por la práctica de una actividad fraterna, fundada en la devoción, la dedicación al bien de los otros como una misión personal cristiana. Las integrantes de estas órdenes eran seleccionadas especialmente por su fe cristiana y por no tener obligaciones domésticas que interfirieran con su labor social.

El principal rol de la mujer se ubica en la esfera hogareña; concepción que sufre modificaciones cuando a una mujer griega, llamada Febes y convertida al cristianismo, se le facilitan posibilidades de actuación en el centro del Imperio Romano.

Algunas mujeres de la clase influyente se convierten al cristianismo, constituyendo órdenes, entre las cuales se destacaron las de mujeres no eclesiásticas, tales como las diaconisas (a la que pertenece la mencionada Febes, a quien algunos consideran la primera enfermera de la historia), las órdenes de las viudas y vírgenes, de doncellas, y las de matronas romanas.

Nutting y Dock¹ califican como diaconisas a las órdenes que actuaron junto con los diáconos como primera orden de mujeres no eclesiásticas en los inicios de la Era Cristiana, mientras que a las otras órdenes las denominan subdiaconisas, refiriéndose así a las que actuaron a partir del siglo III. Según Donahue, todas estas organizaciones desaparecieron o se convirtieron en eclesiásticas: monjas y monjes, según los casos, vinculadas de alguna forma al clero, que fue tomando una ascendencia progresiva sobre las órdenes paganas. Por lo anterior, las órdenes a que se ha hecho referencia no sobrevivieron más allá del momento en que Constantino decretó la libertad de culto y de la Iglesia.

* Las *diaconisas* formaron parte de los llamados diaconatos, trabajando junto a los diáconos (cuyo significado es “servidor”) que ayudaban a los apóstoles. Las mujeres tuvieron un importante protagonismo desde el comienzo del cristianismo y en tareas fuera del hogar, desempeñándose en el seno de la comunidad. Su misión, al igual que la de los diáconos, era la de brindar servicios sociales; ambos eran considerados colaboradores no eclesiásticos para visitar los hogares de los necesitados, estando al servicio de las iglesias.

La organización de las diaconisas –originalmente integradas por las primeras mujeres convertidas al cristianismo– se fue ampliando con la incorporación de otras pertenecientes a las clases sociales más influyentes. En el marco de sus tareas no sólo visitaban y cuidaban enfermos, sino que, además, repartían alimentos y prodigaban ayuda económica. Tuvieron su mayor apogeo en el siglo IV.

* La organización de las *viudas y vírgenes* se caracterizó por disponer de sus hogares como lugares de trabajo y de reunión. Realizaron tareas para la Iglesia cristiana y también para los necesitados. El nombre de “viudas” no refería a su estado civil sino a la edad; de ser viudas, hacían votos de no contraer un nuevo matrimonio. Cumplieron funciones similares a las de las diaconisas, y su paulatina desaparición comienza cuando los católicos plantean la virginidad como exigencia de pureza de vida. Aunque el número de diaconisas fue disminuyendo, el número de viudas crecía por la muerte de esposos en las continuas guerras expansionistas del Imperio Romano.

Cuando la Iglesia exige el voto de castidad –anota Donahue–, las integrantes de esta orden se transforman en monjas.

* Orden de las *doncellas*. En cierto modo reemplaza a las “viudas y vírgenes”, ya que desaparece con la exigencia de la virginidad. Compar-

ten tareas en las iglesias, teniendo el mismo estatus que los sacerdotes. Su actividad fue sustancialmente similar a las ya referidas, pero centrándose más en la obtención de limosnas. Posteriormente se convirtieron en monjas.

* *Las matronas romanas.* La orden estaba constituida por integrantes del patriciado convertidas al cristianismo y su actuación principal se registra en los siglos IV y V. Su muy activa participación social se focaliza en la atención de los enfermos. Pertenecían a clases sociales altas. Entre ellas se destacaron Fabiola, Marcela y Paula.

Fabiola creó el primer hospital cristiano de Roma, transformando su propio palacio en hospital y dedicándose al cuidado de los enfermos. Marcela hizo de su casa un lugar de reunión de las matronas romanas, un centro de estudio y de lectura de la Biblia –que había sido traducida del hebreo y del griego–, constituyendo el primer monasterio romano; fue dirigido por su fundadora, quien, al igual que las otras integrantes de la orden, poseía un alto nivel educativo, con gran independencia en sus acciones. Paula viajó a Palestina y fundó en Belén un monasterio, así como hospitales y hospicios, con su fortuna personal. Todos los establecimientos mencionados eran particulares y gratuitos.

Espacios para el cuidado de los enfermos

Con la aparición de los diaconatos se fundan las xenodochias cristianas y, posteriormente, las iglesias. Las xenodochias se caracterizaron por dar albergue a los enfermos y a los necesitados. Las iglesias y las xenodochias se expanden rápidamente y las iglesias logran disponer de ciertos espacios edilicios para los enfermos.

La xenodochia más importante fue la de San Basilio, creada por este obispo griego en Asia Menor a mediados del siglo IV. Frank y Elizondo la consideran la precursora del monaquismo que habrá de expandirse en Occidente durante la Edad Media. San Basilio se destacó por establecer una ley eclesiástica que reguló los monasterios. Vale aclarar que, además de obispo, era médico.

Los estudiosos coinciden en remarcar la estrecha semejanza entre la xenodochia de San Basilio y los monasterios medievales. Tanto el monaquismo occidental como la xenodochia de San Basilio se describen como una serie de edificios: hospicio para viajeros, servicios para la atención ambulatoria, hospital general, hospital para aislamiento de enfermos contagiosos y enfermos mentales, hogares para ancianos y huérfanos, así como vivienda para el personal que atendía estos servicios.



Fabiola. (Tomado de *Historia de la Enfermería*, de Patricia Donahue.)

3.3 EDAD MEDIA: TRANSFORMACIONES

Alta Edad Media (Siglo V al X)

El *monasterio* y el *feudalismo* fueron organizaciones típicas del Medievo.

El monasterio

Hacia el siglo IX los monasterios ya eran verdaderos centros eclesiásticos que concentraban escuelas, hospitales, comedores y zonas para cultivos; en estas últimas, amén de los productos de huerta, estaban las hierbas medicinales. Eran dirigidos por monjes y se regían por normas estipuladas por San Benito; tales preceptos indicaban que el trabajo manual no quedaba limitado a los esclavos: también los romanos y los monjes debían participar de él, por lo que tales actividades hacen que la limosna deje de ser la única fuente de sustento.

El fortalecimiento de la doctrina cristiana lleva a que reyes, emperadores y damas de la corte se conviertan en monjes y monjas. Se establece la carrera del noviciado con un período de prueba, previo y determinante de la futura acción monástica.

Los enfermos eran atendidos en los hospitales por médicos y enfermeras; éstas carecían de preparación especial, pero estaban encargadas de administrar remedios caseros, lo que aprendían de la traducción y divulgación de documentos antiguos.

A principios de la Edad Media el cuidado de los enfermos estaba a cargo de monjes y monjas (órdenes monásticas). Las monjas cuidaban a las mujeres y los monjes a los hombres. En la misma época en Occidente se construyen casas para la atención de mujeres, generalmente fundadas y dirigidas por mujeres provenientes de la clase alta romana, sin descartar la participación de las hijas de los invasores que poseían poder y se habían convertido al cristianismo. A este grupo se le conoció con el nombre de abadesas o madres. Trabajaban con monjas y dirigían las casas monásticas o los dobles monasterios, compartidos por hombres y mujeres, alojados en edificios separados. Las abadesas asumían las funciones de administradoras de instituciones o intendentes, o de dirección de las casas religiosas.

Las monjas y las abadesas de esta época no estaban obligadas a tomar los votos de obediencia. Quienes lo hacían pasaban a residir en conventos; de lo contrario vivían en sus hogares. Estas casas o centros de atención fueron, desde el punto de vista temporal, previos al monaquismo o monasterio cristiano.

Es en este período que se produce la aparición del “hábito”, el “velo” y la “toca o cofia”. Conforme a la bibliografía citada, se plantean discrepancias respecto al origen del hábito y el velo. Hay investigadores que sostienen que hábito y velo se vinculan con la uniformidad de vestir dentro del mar-

co conventual, como signos de igualdad y pobreza. Otros, en cambio, postulan la tesis de que su significado se limita exclusivamente al hecho de reflejar una moda femenina, con especial referencia a las mujeres pertenecientes a las clases altas, atribuyendo a éstas la introducción de la mencionada vestimenta en los conventos. En lo que hace específicamente al velo, se sustenta, además, una doble interpretación: por un lado que, conforme a las costumbres históricamente establecidas, se usaba como forma de distinguir a la casada de la soltera; por otro, se lo relaciona con el hábito conventual, en tanto símbolo de humildad, servicio y obediencia. El hecho es que, en ocasión de asistir a la iglesia, las mujeres –aun cuando se tratara de no eclesiásticas– cubrían su cabeza con un velo.

En las representaciones de cuadros de la Edad Media desde la época de San Jerónimo vemos en ellos mujeres en hospitales y/o cuidando enfermos vistiendo hábitos, mantos y cofias. Ya en la época de las diaconisas, también Fabiola aparece representada con su cabeza cubierta por un manto; en igual sentido, las abadesas.

El velo, el manto o la cofia perdurarán a lo largo de la historia, amén de que permiten individualizar la orden religiosa a la que se pertenece.

La cofia o toca, así como el uniforme, pasa de generación en generación y atravesando diversas culturas a las enfermeras de todos los países, constituyéndose en un símbolo de servicio a la humanidad y de pertenencia a una escuela o un país determinado. No existe un único modelo de toca o de uniforme, aunque las variantes mantienen una gran similitud. Se percibe –aun en nuestra época– una diferencia entre toca y uniforme según los tipos de enfermería: profesional, técnico o auxiliar de enfermería y del personal empírico en aquellos lugares que tienen esta última clase de personal cumpliendo tareas de enfermería.

El “acto de investidura” o de “colocación de tocas” persiste en muchos países. En Uruguay el acto de investidura se mantiene hasta nuestros días. En las escuelas profesionales tenía lugar cuando el estudiante aprobaba el primer curso clínico. La Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) abolió el uso de la toca en el año 1965. El acto de investidura aún se realiza en las escuelas de auxiliares de enfermería; consiste en una ceremonia en la que se subraya especialmente lo significativo de los valores morales y sociales que se espera de los estudiantes.

Esta tradición está muy fuertemente arraigada en nuestro medio, tanto que los directivos de la mayoría de las instituciones de salud llegan a exigir que la enfermera use “toca” aunque no la hubiera recibido de la institución formadora. En Uruguay la toca –suprimida en la década del sesenta– fue restablecida durante la dictadura militar y a partir de 1985 suprimida nuevamente por la EUE.

En el ámbito de la enfermería se da un paralelismo con lo que ocurre a nivel eclesiástico: la enfermera, al igual que la monja, debía lucir su toca; mientras que el hombre, en situación que recuerda la del monje, no debía tener su cabeza cubierta, con excepción de los que trabajan en servicios que requieran gorro, sea para protección de sí mismo o del paciente.

El feudalismo

En el ámbito del feudo la mujer cumplía el rol de ama de casa y trabajaba a la par del hombre.

Entre sus deberes estaba el de conocer los remedios que pudieran ser utilizados a nivel doméstico, a los efectos de paliar las distintas enfermedades. Además, debía brindar primeros auxilios a los habitantes del castillo del señor feudal, a los huéspedes y a los siervos o vasallos.

Algunos autores le asignan tareas que califican como de enfermería y de carácter médico, ya que no todos los castillos disponían de personal médico.

El islamismo

Mientras en Occidente acaecían los hechos que vienen de mencionarse, en Oriente (en la llamada Arabia) se producían sucesos de suma importancia. La región, poblada por nómadas que se disputaban un lugar fértil donde asentarse, será sacudida por la aparición de una nueva doctrina: el islamismo, que con el protagonismo de Mahoma (570-632) –un líder estudioso de las religiones y gran conocedor del cristianismo y del judaísmo– pronto se expandirá por todo Oriente.

Como se dijo, el desarrollo del mundo islámico de Oriente es simultáneo al del cristianismo en Occidente. Así como los diáconos habían predicado las enseñanzas del cristianismo, los beduinos se encargaron de expandir las de Mahoma con los principios del islamismo; término que proviene de “Islam”, cuyo significado es sumisión a la voluntad de un único Dios. Del mismo modo que los cristianos construían iglesias, los musulmanes (sinónimo de creyente) construyeron sus mezquitas.

Frank y Elizondo señalan que en este período se *“tradujeron muchas obras helénicas a la lengua árabe, especialmente en el campo de la medicina, (...) construyeron hospitales y clínicas ambulantes; la materia médica alcanzó gran desarrollo y los médicos gozaron de estima”*.²

Se produce un gran avance en la fundación de hospitales –en Damasco (año 707), Egipto (año 597), el Cairo (año 874) y varios en Bagdad– y dispensarios gratuitos, así como progresos en el terreno de la medicina.

Conforme a los autores recién citados, se verifica que *“tenían enfermeros para el cuidado de los hombres y enfermeras para el cuidado de las mujeres y los niños”*,³ lo que marca otra similitud con el devenir de la organización en Occidente.

La Escuela de Salerno y los adelantos en Oriente

Si echamos un vistazo a lo que sucedía en Occidente vemos que también en el siglo VI se fundan hospitales fuera de los monasterios. En plena Edad Media aparecen los primeros: el Hotel Dieu (de Dios) en Lyon (año 542); el Hotel Dieu de Paris (año 650), donde las religiosas desarrollan el

primer tipo de organización hospitalaria; el Santo Espíritu de Roma (año 717) y, como hecho de singular destaque, la creación de la primera escuela de medicina en Salerno, Italia, en el siglo IX. Esta escuela, fundada por médicos, tuvo gran influencia judía. Precisamente, quienes por entonces difundirán la ciencia médica en Europa serían médicos judíos, árabes y griegos.

En la Escuela de Medicina de Salerno podían cursar estudios tanto hombres como mujeres. El título era otorgado luego de cinco años de estudios teórico-prácticos. La aparición de esta escuela coincide con la creación de lo que se consideraría las primeras universidades (Salerno, Bolonia, París, Oxford, Arabia, Siria). La universidad era, en forma primordial, una suerte de facultad en la que se enseñaban artes liberales, filosofía, teología, leyes y medicina; cada una de las referidas disciplinas funcionaba como una cátedra perteneciente a diferentes departamentos académicos.

En Oriente –y pese a estar prohibida la disección– se profundizó en los estudios de fisiología, higiene y formación de médicos y cirujanos. Médicos persas realizaron aportes significativos sobre distintas enfermedades –entre ellas el sarampión y la viruela–, así como en lo que hace a la acción anestésica del opio. Además, escribieron tratados de medicina en los que se mencionan enfermedades mentales, considerando el amor, la melancolía, el insomnio y la hidrofobia en esta categoría. Los aportes musulmanes se introducirán en Europa a través de España.

Los investigadores del tema son contestes en afirmar que, en Oriente, la parturienta o aquella mujer que presentaba enfermedades ginecológicas, continuó siendo atendida por lo que algunos llaman parteras y otros comadronas, pero todos coinciden en que éstas carecían de una preparación especial o formación institucionalizada. Actuaban con base en su experiencia o en conocimientos tomados de los documentos médicos o por indicación de los médicos. La información existente respecto al cuidado de los enfermos en los primeros hospitales laicos es contradictoria.

Hasta el período considerado no hallamos literatura que dé cuenta de elementos concretos sobre la formación del personal abocado a la enfermería; sólo encontramos tareas desempeñadas por mujeres y hombres en el cuidado de los enfermos. Dicho fenómeno se dio tanto en Oriente como en Occidente.

Baja Edad Media (siglos X a XV d.C.)

Gremios y cofradías

Donahue afirma que muchos historiadores se refieren a los gremios como asociados a las cofradías. Estas cofradías estaban esencialmente dedicadas a las obras de caridad.

La vinculación de los gremios con las cofradías se inicia en Inglaterra hacia el siglo VIII y caracteriza a estos grupos como religiosos y relaciona-

dos con acciones sociales de tipo caritativo. Las obras sociales, entre las que se contaba el financiamiento de hospitales, se vehiculizan mediante el aporte efectuado por los miembros de gremios y cofradías.

Los gremios alcanzarán su momento de apogeo en el siglo XII, cuando los mercaderes se agrupan y organizan, instrumentando la división y protección del trabajo de los artesanos. Se fijan escalas de salarios y precios, así como exigencias de condiciones laborales y de calidad y precio de los productos.

Donahue señala que los *“hombres de los mismos oficios y profesiones se unieron para mejorar sus niveles de vida y trabajo. Finalmente se crearon los gremios de médicos que favorecieron la separación de los cirujanos y los practicantes”*. La citada investigadora valora estos hechos como una *“medida oportuna”*, ya que hasta entonces la asociación se hacía sobre la base de la similitud de materiales y herramientas utilizados, más que atendiendo al tipo y finalidad de sus tareas. Los cirujanos, por ejemplo, admitían en su gremio a los barberos, mientras que los médicos se asociaban con los boticarios.⁴

Por su parte, Jamieson hace notar que estos gremios constituyen el embrión de los futuros sindicatos obreros y las asociaciones profesionales. Asimismo, establece la vinculación del legado de los gremios con la enfermería: *“En el gremio se encuentra el origen de un sistema que ha caracterizado la administración de nuestras escuelas de enfermería. La directora de enfermería dirige en calidad de maestra la enseñanza de sus aprendices o enfermeras, las cuales prestan a cambio de ello atención a pacientes. En algunos países se permite que las enfermeras graduadas de una escuela sigan en residencia en ésta y presten sus servicios de enfermería al hospital, cuando no están ocupadas fuera del mismo en servicios privados, o sea como verdaderas jornaleras”*.⁵

Esta interpretación de Jamieson –que aparece en su publicación de 1968– también es tomada por Donahue: el aprendiz, hasta tanto se convirtiera en jornalero, gozaba del privilegio de aprender un oficio, poseer residencia y vestimenta, al tiempo que se instruía trabajando con los jornaleros, con quienes se capacitaba en la práctica misma de su profesión.

Este modelo de escuela de enfermería, llamada escuela-hospital, se trasladada posteriormente a las instituciones formadoras de personal de enfermería, en su inicio en Europa, Estados Unidos y América Latina. El proceso educativo se centra en la práctica hospitalaria de acuerdo a las necesidades de mano de obra del hospital en que se creaba.

En nuestro medio las escuelas de formación de enfermeras profesionales no se crearon –salvo excepciones– dentro del ámbito hospitalario. No obstante ello y hasta el siglo XX, mantuvieron algunas características de lo descrito anteriormente. Este aspecto será abordado con más detalle en su momento.

El surgimiento de órdenes militares de enfermería

En lo que a nosotros interesa, hemos de anotar que las Cruzadas tuvieron grandes repercusiones. En ese contexto resulta insoslayable mencionar las siguientes: aparición de órdenes militares y religiosas de enfermería integradas por hombres; resurgimiento de órdenes laicas de mujeres en órdenes seculares y religiosas; creación de grandes y pequeños hospitales a lo largo de la ruta de peregrinaje, camino a Jerusalén.

Nutting y Dock realizan una exhaustiva descripción de las órdenes militares de enfermería durante las Cruzadas. Además, señalan que *“si bien las Cruzadas en la Edad Media son un hecho histórico muy destacado por su repercusión social, ya habían existido otras peregrinaciones en otros momentos históricos. (...) En todas las épocas el hombre ha mirado ciertos lugares como sagrados, ya sea porque hubiesen sido lugares en los que sucedieron ciertos acontecimientos, por reliquias allí encontradas o por cualquier otra cosa donde pudieran obtener alivio para su mente, cuerpo o alma (...) el amplio registro de visitas y peregrinajes a templos, sepulcros y otros lugares sagrados se extiende desde el pasado y se pierde en la oscuridad del mismo”*.⁶

Las órdenes militares (o caballeros hospitalarios) surgen en el seno de los combatientes que procuraban la conquista de Tierra Santa para Occidente, respuesta al llamado del Papa Urbano II para iniciar las Cruzadas; expediciones de ejércitos que se consideraban soldados de Cristo.

En realidad estas órdenes militares de enfermería recibieron diferentes nombres según el lugar en que actuaban, lugar al que pertenecían y época en que surgieron. Es así que a todas las órdenes militares se les conoció como caballeros hospitalarios y, en algunos casos, estuvieron constituidas por monjes militares, o por monjes, soldados y militares.

Los caballeros hospitalarios se ubican históricamente entre los siglos XII y XIII. A este grupo pertenecen, entre otras órdenes de enfermeros, las siguientes: San Juan de Jerusalén, Caballeros Hospitalarios Teutónicos y Caballeros de San Lázaro.

Se sabe que las órdenes militares cuidaban los enfermos, pero poco se conoce al respecto, ya que las narraciones de época ponen el acento, sobre todo, en su influencia en la organización de los hospitales, las expediciones y la acción militar.

Consta que se caracterizaban por una gran severidad, con distinción de rango, y por la obediencia. Más adelante se verá cómo estas características influyen en la enfermería universal de épocas posteriores y, en particular, en nuestro país hasta mediados del siglo XX. Tanto en la práctica como en la formación del personal de enfermería todavía persisten algunos vestigios de ese legado.

Sin embargo estas órdenes unían su mística militar con la religiosa, practicando la caridad y la benevolencia con los necesitados y los enfermos. Sus miembros, enseña Donahue, *“se dividían en tres clases: caballeros, sacerdotes y hermanos sirvientes”*.⁷

Los caballeros eran personas ilustres, manejaban las armas y luchaban durante las Cruzadas; fuera del campo de batalla ayudaban a cuidar a los enfermos. Los sacerdotes atendían sus obligaciones con la Iglesia y también cuidaban enfermos en campamentos militares o formando parte del hospital. Los sirvientes no tenían rango de mando y se limitaban a recibir órdenes y cuidar a los enfermos y peregrinos, o a los viajeros necesitados de ayuda. Donahue añade que entre las órdenes hospitalarias se “*formaron órdenes de mujeres que estaban subordinadas a las comunidades de hombres*”.⁸

Todas las órdenes citadas reflejan una respuesta a la necesidad social de atender a los miles de militares y peregrinos que se enfermaban durante el largo y dificultoso viaje hacia Jerusalén, situación facilitada por la escasez de alimentos y por el nuevo clima al que se enfrentaban.

Veamos ahora algunas órdenes de las que hemos incluido en los llamados *caballeros hospitalarios de enfermería*.

Los *Caballeros de San Juan de Jerusalén* actuaban como enfermeros y militares, según la situación imperante. El origen de su nombre debe rastrearse en un hecho acaecido en el siglo X: antes de la existencia de hospitales y previo a las Cruzadas, pero no a las peregrinaciones a Tierra Santa, existían posadas y una de ellas, fundada por caballeros italianos para atención de los peregrinos, fue donada a los Caballeros de San Juan en Jerusalén, a fin de atender a los peregrinos enfermos. Con el tiempo serían expulsados de Jerusalén, pero siguieron actuando en las islas de Chipre, Rodas y Malta de donde, según algunos investigadores, “*finalmente los arrojó Napoleón*”.⁹ Continuaron con su misión hasta el siglo XVI con el nombre de Caballeros de Malta.

Fundaron varios hospitales, entre los que sobresale el de Malta, con capacidad de atención para casi mil pacientes.

Muchas de estas órdenes estaban integradas por mujeres, como la Orden Femenina que cumplía tareas en el Hospital de Santa María Magdalena, subordinada a la Orden de los Caballeros de San Juan de Jerusalén. El Hospital de Santa María Magdalena era especialmente para mujeres y “*atendido por religiosas de hábito rojo como el de los Caballeros de San Juan*”,¹⁰ contaba con médicos y cirujanos, caballeros enfermeros y algunas enfermeras. Posteriormente estas órdenes se convirtieron en religiosas, femeninas y masculinas.

Hasta aquí no tenemos datos concretos de la existencia de instituciones formadoras de personal de enfermería. Vemos sí que eran esencialmente los hombres quienes ejercían la enfermería y la dirigían sacerdotes y caballeros militares.

Los *Caballeros Teutónicos*, orden germánica de caballeros hospitalarios, fundó, al igual que otras, un hospital para la atención de enfermos y brindaba defensa militar. Estaba formada por monjes enfermeros, pero era una orden esencialmente militar religiosa.

Durante el período de auge de los Caballeros Teutónicos también aparece en Alemania una orden de mujeres. Según datos aportados por

Donahue, surge “para realizar específicamente tareas hospitalarias”. Sin embargo “no eran admitidas como miembros de pleno derecho, por lo que se las llamaba consorores (hermanas laicas). Tomaban los votos pero vivían fuera del recinto monástico”.¹¹

Donahue transcribe una cita de Seymer, de 1932: “Es posible que las obligaciones de enfermería se consideraran de poca categoría [ya que] la Regla dice que las mujeres han de ser admitidas porque el cuidado del ganado y de los enfermos del hospital lo realiza mejor el sexo femenino”.¹²

Los Caballeros Teutónicos, con poder en Alemania, se encargaban de la dirección de los hospitales, muchos de ellos contruidos gracias a las donaciones de príncipes o nobles importantes. Hacia el siglo XIV dieron por concluida su misión.

La *Orden de Caballeros de San Lázaro*, considerada la más antigua dentro de las de corte militar hospitalario, se dedicó esencialmente a la atención de los leprosos, problema de gran importancia en Oriente y extendido a Occidente. Sobresalió por la creación de leprosarios o lazaretos (recuérdese que Lázaro era el leproso del Evangelio).

Órdenes mendicantes

Su aparición se produce en los siglos XI y XII, con posterioridad a las Cruzadas. Eran de origen claramente religioso; devotos y ambulantes que practicaban la mendicidad para poder hacer obras caritativas. Las variantes incluyen la posibilidad de ser cristianos mendicantes, aunque dependientes de órdenes religiosas.

Entre ellas, a título de ejemplo y como muestra de la persistencia de la vertiente asociada a lo religioso, cabe destacar las órdenes de Dominicanos o Dominicos (iniciada en España), San Francisco de Asís (de origen italiano), Hermanos Menores o Hermanitos (subgrupo de San Francisco de Asís que constituyó la Orden Franciscana, reconocida como tal por la Iglesia).

El grupo de órdenes mendicantes, integrado por hombres, nos presenta misioneros y viajantes, siendo subrayada la similitud de sus objetivos con los de los diáconos del comienzo del cristianismo. Al tiempo que predicaban su fe y el principio de vivir austeramente, renunciando a los bienes materiales, prestaban ayuda a los necesitados y realizaban obras sociales con lo obtenido de las limosnas.

En el caso de sus principales impulsores ha de recordarse que, tanto Santo Domingo como San Francisco de Asís abandonaron su vida de comodidades materiales para dedicarse a trabajar con el pueblo, sin enclausrarse y sin llegar a ser monjes. Podríamos interpretar esta respuesta no sólo como actitud humanitaria, sino también en tanto autocastigo, como rebelión ante una concepción de vida de riquezas y ocio que había encontrado eco en el seno de los monasterios occidentales, en los reinos y señoríos feudales, en los miembros de la nobleza y hasta en los mercaderes y comerciantes enriquecidos de Europa.

Órdenes seculares o seglares

Estaban integradas por mujeres católicas, inspiradas y vinculadas con la Orden Franciscana; no eran mendicantes, tampoco eclesiásticas.

Aquí debe mencionarse la de las pobres Claras o Clarisas o Segunda Orden de San Francisco (siglo XII), la de Santa Isabel de Hungría u Orden Terciaria de San Francisco (siglo XII) y las Beguinas (siglos XIII y XIV), así como un grupo masculino conocido como Orden Terciaria de San Francisco u Orden de los Terciarios, seguidores de los principios de los Franciscanos.

La *Segunda Orden de San Francisco* fue creada por Clarisa, una joven mujer que conoció a aquél y decidió abandonar su hogar para ayudar en el cuidado de los leprosos. Fue ubicada en una abadía anexa a una iglesia; eximida de practicar la mendicidad, vistió a similitud de los franciscanos. Pronto se le unieron otras mujeres, constituyéndose el grupo de las pobres Claras o Clarisas.

También en España hubo quienes se unieron a los benedictinos, desempeñándose como maestras.

La *Orden de Santa Isabel de Hungría* tuvo su principal promotora en una mujer perteneciente a la nobleza, culta, muy joven, que con el apoyo de su esposo fundó hospitales en Alemania y se abocó a la atención de necesitados y leprosos, trabajando con campesinos y asistiéndolos incluso con alimentos. Atendían a la madre durante el parto, así como también a los niños.

Las *Beguinas*, que no presentan diferenciación de clase social entre sus integrantes, aparecen durante el advenimiento y crecimiento de las órdenes seculares. Comienzan en Flandes (Bélgica) y se expanden rápidamente por Europa (Francia, Suiza, Holanda, Alemania). Si bien no eran religiosas –como se dijo, pertenecían a órdenes seculares–, practican los principios cristianos y realizan trabajo social, visitas domiciliarias, cuidan niños y enfermos en las casas. Pertenecen a distintas clases sociales. Su origen data del siglo VII, pero su gran auge se da en los siglos XIII y XIV.

Según Jamieson “*los belgas aprendieron a confiar en esta orden secular en tiempos de dificultades nacionales, ya que en ocasiones las Beguinas asumieron obligaciones en la distribución de vestidos, alimentos y provisiones, tareas comprendidas actualmente en las funciones de los servicios de la Cruz Roja*”.¹³ Según Frank y Elizondo estas tareas fueron realizadas con abnegación, pero su principal objetivo fue prestar atención al enfermo.

Actuaron hasta la Segunda Guerra Mundial. En Bélgica aún se conservan algunos de sus edificios como monumentos históricos y símbolo de reconocimiento a la tarea desarrollada por este grupo.

El crecimiento numérico de las órdenes de mujeres en el período que reseñamos es interpretado por Jamieson como una respuesta social de la mujer ante la imposibilidad de constituir su hogar por la escasez de hombres, ocasionada por la alta mortalidad durante el tiempo de las Cruzadas.¹⁴

La enfermedad y la medicina

Durante las Cruzadas los índices de mortalidad fueron sumamente altos debido a las luchas, la escasez de alimentos, la falta de saneamiento, las malas condiciones higiénicas y las grandes epidemias. Para muchos autores esta situación provocaba más estragos que la guerra misma.

Las enfermedades, muy difíciles de controlar, constituían un grave problema. Entre ellas figuran la lepra –una de las más corrientes–, el escorbuto, enfermedades cutáneas interpretadas como lepra aunque en realidad no lo fueran.

La lepra era una enfermedad muy temida, fue atendida en Oriente por la Orden de Lázaro (Orden de Caballeros Hospitalarios). Pero fue San Basilio quien fundó el primer leprosario allí.

En Occidente los enfermos de lepra eran separados de la sociedad, ya que producían verdadero pánico. Todos ellos, cualquiera fuera su clase social, eran aislados en los lazaretos. Existía una reglamentación muy estricta para identificarlos e impedirles acceso a lugares públicos o deambular por las calles. A su vez, y tal como señala Donahue en su estudio, muchos sifilíticos eran confundidos con leprosos.

Eran igualmente comunes en la Edad Media enfermedades como la viruela, la erisipela y la peste bubónica, también llamada la muerte negra por las marcas que dejaban las hemorragias cutáneas. Varios indicios señalan que esta enfermedad que causó serios estragos en Asia, África y Europa, fue introducida por las ratas de los barcos mercantes de Oriente.

Buena parte de estas enfermedades era tratada con rituales que revelan la supervivencia de prácticas ancestrales. El enfermo era marginado de la sociedad y debía sumar al padecimiento de la enfermedad el estigma social que conllevaba. Un rol muy importante en favor de los enfermos cumplieron los movimientos de caballeros hospitalarios de enfermería, las órdenes mendicantes, seculares y eclesiásticas.

Los hospitales y sus características

En esta época se funda una importante cantidad de hospitales, con características de corte militar, tanto en su organización como en su administración.

La tónica militar fue marcada, fundamentalmente, por la Orden de Caballeros Hospitalarios. Se impusieron ciertas normas de funcionamiento de tipo jerárquico; a saber: acento en el rango, respeto a los funcionarios superiores, estricta disciplina, especificación de funciones según las clases sociales.

Durante el Medievo hubo hospitales de distinto tipo y dependencia. Entre los siglos XII y XIII, por ejemplo, muchos de los que pertenecían a los eclesiásticos pasaron a ser laicos o municipales. Eran enormes edificios con grandes salas que albergaban a los enfermos, separados por cortinas. Tenían distintas secciones; contaban con médicos, cirujanos o cirujanos

barberos, según las épocas. Los cirujanos barberos aparecen cuando a los monjes se les prohíbe la barba y así comienzan los barberos a realizar algunas prácticas médicas y odontológicas. Según Jamieson, se construyó “el Gremio de Barberos-Cirujanos, algunos de los cuales, además de afeitar, practicaban sangrías, aplicaban ventosas o sanguijuelas, efectuaban extracciones de dientes y trataban las heridas quirúrgicas”.¹⁵

En cuanto a los hospitales, podían ser instituciones destinadas exclusivamente a enfermos o también contar con un lugar que funcionaba como albergue para niños abandonados y una cuna pronta a fin de que las madres solteras colocaran allí a los recién nacidos para ser atendidos.

Frank y Elizondo anotan que los hospitales municipales tenían “servicio de enfermería durante las 24 horas”.¹⁶ Como tareas de enfermería señalan las relativas a la higiene y comodidad de los pacientes.

En el marco de las comunidades europeas el Santo Espíritu de Roma significó un cambio respecto de otros hospitales eclesiásticos, destacándose como un verdadero modelo para la época. Fue construido en el siglo XII y se distinguió desde el punto de vista arquitectónico y de su organización.

Los hospitales municipales diferían de los eclesiásticos en lo concerniente a su administración, prácticas de higiene y tipo de cuidados brindados a los enfermos. Entre éstos, merece ser expresamente mencionado el de Saint Thomas, fundado en Inglaterra en 1213 y que, siglos más tarde, se convertiría en sede de la Escuela de Enfermería de Florence Nightingale.

En muchos casos –afirma Donhahue– estos hospitales no constituían un lugar para curar, sino que oficiaban como una suerte de albergues; no estaban bien dotados, ni construidos en lugares apropiados, “el concepto de curación evolucionó lentamente y no se generalizó hasta finales del siglo XIX...”,¹⁷ el cuidado de enfermería se enfocaba hacia la custodia de los pacientes.

Concomitantemente con el desarrollo de los hospitales, en distintos estados se iban fundando universidades y, en ellas, los departamentos o cátedras médicas, aunque en cantidad insuficiente. Eran los boticarios quienes recetaban remedios; pero algunos de estos medicamentos estaban ligados a un curanderismo mágico-empírico.

Todos los autores consultados coinciden en que recién a fines del Medievo comienza en Europa un resurgimiento de la formación médica.

En ese contexto resalta la obra médica de una mujer llamada Hildegarde, Santa Hildegarde o la profetisa del Rhin (Alemania), que adquiere singular importancia en el siglo XII. Provenía de una familia religiosa de clase alta y contaba con una sólida cultura general; formada en un convento, del que pasó a ser abadesa, luego fundó otro. Además de su destaque intelectual (era poetisa, profetisa, médica, poseía conocimientos de música y botánica), realizaba prácticas de enfermería acordes con su tiempo. En virtud de sus conocimientos de botánica, hacía uso de plantas medicinales. Los investigadores la sindicaron como la mujer intelectualmente más preparada de ese período, ya que –además de lo señalado anteriormente– incursionó

en otros aspectos del saber como la teología y la filosofía, razón por la cual se la considera una de las mujeres más sobresalientes del siglo XII.

Aunque no hay datos precisos respecto de su actuación como médica o enfermera, sus escritos comprenden catorce libros de medicina, reunidos en dos tomos.

Sobre fines de la Edad Media aparecerán en escena los hospitales para enfermos mentales.

El problema que enfrentaron los hospitales municipales, por su crecimiento y por el número de lazaretos, fue la escasez de personal para cuidar a los enfermos. Las mujeres de clase alta dedicadas a tareas de enfermería eran insuficientes, por lo que debió cubrirse esta necesidad con la asistencia de personas de escasa preparación. De este modo la enfermería entra en decadencia y esta decadencia se extiende a períodos posteriores.

Jamieson afirma que es en este momento *“que la medicina y la enfermería se fueron separando”*.¹⁸

Este hecho, cuyas causas no han sido suficientemente explicadas, seguramente obedece a la diferencia de clases sociales. No olvidemos que hasta casi el final del Medioevo el cuidado de los enfermos estaba en manos de hombres y mujeres pertenecientes a las clases altas: hijos de reyes, princesas, nobles, caballeros feudales y gente de prestigio, que actuaban con espíritu religioso.

En la Baja Edad Media la práctica médica centraba el cuidado de los enfermos en la astrología, acudiendo a los horóscopos y la química mágica o alquimia. Se practicaba la sangría, la inhalación de narcóticos para anestesia; todo esto, combinado con medicamentos más asociados a la magia que a lo científico.

3.4 A MODO DE SÍNTESIS

En suma, y en lo que hace a nuestra profesión, se dan varios hechos de insoslayable significación. Surge un importante número de órdenes de enfermería de ambos sexos, estrato social y cometidos, según los Estados, al tiempo que se evidencia la aparición de varias órdenes de hombres: militares, laicas, eclesiásticas, así como la combinación de ellas. Estos grupos, originariamente seculares, fueron uniéndose gradualmente a la Iglesia y se convirtieron en órdenes religiosas.

Otro aspecto sustantivo es la presencia de diferentes órdenes militares de enfermería, que actúan como guerreros y enfermeros, que fundan hospicios y hospitales. En lo que respecta a su posterior influencia, nos dejaron un legado de obediencia, disciplina y división del trabajo según la jerarquía militar.

Los gremios no se limitaron a ser organizaciones de artesanos, sino que además constituyeron el germen de las escuelas vocacionales o técnicas de la época, y de ellos proviene un modelo de organización que influyó en la enfermería,

1. Nutting MA, Dock LL. *A history of nursing*. New York: Putnam; 1935. v. 2. p. 102-104.
2. Frank CM, Elizondo T. *Desarrollo histórico de la enfermería*. México: Sito Arte; 1966. p. 91.
3. Ibid. p. 92.
4. Donahue MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1985. p. 143.
5. Jamieson E, et al. *Historia de la enfermería*. 6a ed. México: Interamericana; 1968. p. 76-77.
6. Nutting MA, Dock LL. Op. cit. p. 171.
7. Donahue MP. Op. cit. p. 150.
8. Ibid.
9. Frank CM, Elizondo T. Op. cit. p. 99.
10. Ibid.
11. Donahue MP. Op. cit. p. 155.
12. Ibid.
13. Jamieson E, et al. Op. cit. p. 95.
14. Ibid. p. 84, 97.
15. Ibid. p. 102.
16. Frank CM, Elizondo T. Op. cit. p. 107.
17. Donahue MP. Op. cit. p. 174.
18. Jamieson E, et al. Op. cit p. 107.

4. EL RENACIMIENTO: LOS CAMBIOS SOCIALES Y SU REPERCUSIÓN EN LA ENFERMERÍA

4.1 INTRODUCCIÓN

Hacia fines del Medioevo las sociedades occidentales y orientales alcanzaron un importante nivel cultural. Este cambio se generó, en parte, como consecuencia del intercambio entre los estados, el desarrollo del comercio entre Occidente y Oriente, la traducción de las obras maestras al latín y el griego, la posibilidad de la lectura y su divulgación, así como por la creación de las universidades.

El período conocido como Renacimiento, que se extiende desde mediados del siglo XV hasta el siglo XVIII, se ve caracterizado por grandes cambios en todos los aspectos de la vida política, económica e industrial, intelectual, ideológica, científica y religiosa. Conforme Jamieson, el arte de la imprenta fue exponente de nuevas ideas que actuaron con sorprendente rapidez en el público en general.¹ Por su parte, Donahue hace constar que si bien el Renacimiento está más centrado en la revolución intelectual, la misma pudo estar obrando como base para las otras reformas sociales o revoluciones que abrieron las puertas hacia la Edad Moderna.²

En lo que respecta a la repercusión de este período histórico sobre la enfermería, nos importa tratar en forma especial la reforma religiosa, la situación hospitalaria, los adelantos médico-científicos, todo ello en el marco de las profundas transformaciones y sus ecos sobre los mencionados aspectos.

4.2 LA REFORMA PROTESTANTE

La Reforma o fractura de la Iglesia Católica se oficializó en 1517. Ya existían fuertes divergencias internas, en las que el clero aparecía dividido respecto a dos concepciones del papel eclesiástico (la de San Agustín y la de Santo Tomás de Aquino). Pero los elementos detonantes cristalizaron en lo externo, con actitudes de la Iglesia consideradas como abusivas, tales como conceder la venta de indulgencias y penitencias, así como la presencia de un clero opresivo y que había olvidado los valores inspiradores de su accionar social durante el período que se analizó en el capítulo anterior.

El líder de la Reforma, Martín Lutero (1483-1546), que había sido monje mendicante, se rebela ante el Papado y las reglas patriarcales de la Iglesia. Rápidamente, y como resultado de lo mencionado anteriormente, consigue aglutinar un importante grupo separatista que apoya sus ideas de cambio. Rompe con el catolicismo y gana adeptos en una Europa que pronto se vería dividida entre estados católicos y protestantes. El protestantismo luterano encontraría singular eco en Alemania, Dinamarca, Noruega, Inglaterra y Suecia. Posteriormente el protestantismo sufriría, a su vez, divisiones y subdivisiones internas. Al respecto Donahue marca que *“esta división debilitó al protestantismo, revalorizó a la sociedad al subrayar el derecho de cada individuo a pensar por sí mismo”*.³

4.3 LA SITUACIÓN HOSPITALARIA

Derivaciones de la Reforma

En los estados protestantes el cierre de hospitales e instituciones católicas tuvo una significativa repercusión. En Inglaterra, por ejemplo, además del cierre de hospitales católicos, se produce la apropiación de sus bienes y la expulsión de los eclesiásticos y las órdenes religiosas católicas. Esto incide, desde luego, en la situación hospitalaria y de las instituciones dedicadas a obras sociales de caridad. Estas circunstancias también se tradujeron en una mengua considerable del personal dedicado a la atención de los enfermos, afectando esencialmente a los más desposeídos. Las que hasta el momento habían sido gratuitas, se convertían ahora en instituciones que cobraban por sus servicios.

En Inglaterra se destruyeron más de seiscientos monasterios, sin ser sustituidos por otro tipo de organización social que cumpliera objetivos similares. Los hospitales se transformaron en depósitos de enfermos; locales insalubres, carencias en materia de higiene y salas colmadas, al punto de que varias personas compartieran una misma cama.

Hospitales católicos

En los estados católicos, en cambio, asistimos al resurgimiento de algunas órdenes religiosas constituidas por monjas y que aparecen, en forma destacada, en el Hotel Dieu de París y en el Espíritu Santo de Roma.

En tal sentido cumplieron un papel sobresaliente las Agustínianas, trabajando en esos hospitales enormes y oscuros, sucios y altamente contaminados por falta de higiene y reservorios de insectos.

Las *Monjas Agustínianas* –seguidoras de San Agustín, que actuaron entre 1500 y 1860–, constituyeron una orden de normas sumamente estrictas y totalmente dedicada a la enfermería, por lo que, esencialmente, trabajaban en los hospitales y en precarias condiciones. Obedecían al clero, ya que eran monásticas. Cumplían un noviciado de doce años o más y

luego pasaban a desempeñar su misión en los hospitales. Allí desarrollaban actividades de asistencia al enfermo por caridad, pero carecían totalmente de formación en enfermería. En algunos pocos casos prestaban asistencia en los domicilios, como enfermeras privadas.

Vestían de blanco y usaban cofia o manto. Gradualmente adquirieron conocimientos de funciones de dirección y administración del hogar. Sus tareas en el marco hospitalario eran diversas: atender al enfermo, encargarse de la limpieza, cocinar, coser y lavar la ropa.

Otra orden de destaque, por su acción social, fue la de *San Vicente de Paul* (1576-1660). Sus integrantes desplegaron sus energías al cuidado de enfermos, especialmente en pequeñas ciudades. Fue cautivada durante las luchas religiosas.

4.4 REPERCUSIÓN EN LA ENFERMERÍA

Durante el Renacimiento confluyeron diversos factores que se proyectaron en una significativa declinación de la enfermería.

La progresiva transformación de una sociedad intelectualizada, burguesa, mundana y cortesana, con mayor interés por los placeres, ocio y riqueza, conllevó el olvido de los preceptos cristianos, descartándose de la escala de valores los actos de autosacrificio y abnegación.

La revolución intelectual que se da en este período introduce nuevas ideas, literatura y filosofía, especialmente en lo relativo a una concepción diferente de la libertad política y religiosa, así como de la libertad de expresión y la opción del hombre como "ser libre".

Por otra parte, el mencionado cambio de ideología y de valores involucra modificaciones en cuanto al papel social de la mujer. Es preciso señalar que en esta época se detectan tres segmentos sociales claramente diferenciados: la clase alta o aristocracia, la clase media o burguesa y la clase baja o trabajadora.

La alianza entre la monarquía y la burguesía hace que las mujeres de las clases altas –que antes se habían abocado a la acción social– pasen a cultivar el modelo de vida ociosa de los cortesanos y la frivolidad del lujo y la opulencia. La mujer se encamina a encontrar nuevas formas de realización social. El desarrollo industrial también se proyecta sobre el papel de la mujer de clase baja, que encontrará en las fábricas un lugar de trabajo.

Además, la Reforma religiosa tuvo gran influencia en esta etapa, fundamentalmente por el ya referido cierre de organizaciones católicas y las luchas internas entre los países de Europa. En los países protestantes el personal hospitalario religioso fue sustituido por mujeres laicas sin nivel educativo, que no encontraban ubicación en las fábricas. Este personal era asignado a los hospitales, sin una selección previa. En la mayoría de los casos se trataba de mujeres a quienes se eximía de penas carcelarias para que cumplieran esas penas actuando en los hospitales. Este tipo de

circunstancias se da, fundamentalmente, entre 1550 y 1850, período al que se denominó del “oscurantismo en enfermería”.

4.5 EL AVANCE MÉDICO-CIENTÍFICO

Contrariamente a lo señalado con anterioridad respecto a la enfermería y los hospitales, en el campo médico se producen importantes avances. Entre ellos deben subrayarse especialmente los siguientes: la iniciación de la metodología científica; el descubrimiento del microscopio; el hecho que la medicina alcanza un gran desarrollo, rescatando en parte el conocimiento de civilizaciones anteriores (por ejemplo, en las ciencias biológicas).

A este avance, que se da marcadamente en Italia, contribuyó –en el siglo XV– la autorización del Papado, entonces a cargo de Clemente VII, para la disección de cadáveres. Esto facilitó notablemente los estudios de anatomía. Al decir de Frank y Elizondo *“las disecciones no sólo se hacían para el estudio de la anatomía normal, sino también para la investigación de las causas internas de la enfermedad, y con esto se desarrolla la anatomía patológica”*.⁴

De la misma época data el auge del estudio de la fisiología, con acento en los efectos del pulso y la respiración, comparándolos por medio de un reloj de agua y con observaciones sobre la diferencia del peso de la sangre y la orina en salud y en enfermedad.⁵ Concomitantemente se intensifican los estudios sobre enfermedades infantiles, ginecología y obstetricia. A pesar de todos estos avances médicos, la charlatanería y la astrología conservaban sus espacios.⁶

La cirugía –área en la que continuaban actuando los barberos– era considerada de menor importancia que la medicina. Los barberos se encargaban de baños terapéuticos, tratamientos anti-irritantes, terapéutica odontológica, curaban heridas y fracturas.⁷ Al mismo tiempo seguían realizándose las sangrías, practicadas según los fenómenos astrológicos, en tanto se propaga la aplicación de baños a vapor y regímenes dietéticos.

Un grupo de sacerdotes y médicos de renombre crea el Real Colegio de Cirujanos, llamado el protector de los gremios de la federación de médicos católicos. Paracelso (1493-1541) es señalado como el fundador de la terapéutica y de la química farmacológica, y un barbero llamado Ambrosio Paré (1517-1590), considerado el gran cirujano de la época, inventó instrumentos quirúrgicos e ideó procedimientos operatorios.⁸

Leeuwenhoek (1632-1723), al descubrir el microscopio posibilitó, entre otras cosas, el estudio y la descripción de los glóbulos rojos y de bacterias tales como estafilococos, estreptococos y otros. El clérigo Marcelo Malpighi (1628-1674) efectuó variados estudios microscópicos sobre histología. Priestley y Lavoisier proceden a realizar la aislación del oxígeno y analizan el intercambio de gases en el proceso respiratorio.

Hacia fines del siglo XVIII la psiquiatría empieza a vislumbrarse como rama especializada. Chiarrigi (1759-1820) marcó la diferencia entre hospi-

tales generales y psiquiátricos, aunque cabe recordar que sobre este punto había trabajos precursores del médico francés Felipe Pinel (1755-1826). Los métodos de tratamiento de estos enfermos fueron seguidos en Inglaterra con un sello de mayor humanidad.⁹ Además se inician estudios sobre el cerebro y sus funciones regidoras del comportamiento humano según la esfera afectada.

Cada país o región de Europa contribuyó en este período con nuevos adelantos médico-científicos, incrementados por el intercambio entre Occidente y Oriente a través de las universidades y de la literatura, ahora menos inaccesible gracias a la imprenta.

Otro hecho a destacar es el descubrimiento de agentes infecciosos, aunque las infecciones no podían ser prevenidas por el estado de los hospitales. Las altas tasas de mortalidad materno-infantil, tanto en partos asistidos por comadronas como por cirujanos, fueran éstos atendidos en los hogares o en los hospitales, persistieron.

4.6 A MODO DE SÍNTESIS

Como se ha dicho, los cambios culturales que comienzan a emerger a fines del Medioevo se acrecientan en forma acelerada durante el Renacimiento.

El conflicto religioso llega a tener una influencia muy marcada en la atención de los enfermos, originada en la separación y luchas entre la Iglesia Católica y la Protestante. El protagonismo que habían tenido las órdenes religiosas y la mujer sufre las consecuencias de los cambios en detrimento de la atención de los enfermos y de la decadencia de los hospitales.

Si bien la medicina registra grandes avances, la enfermería pasa por un período crítico, llamado el “oscurantismo en enfermería”; los hospitales contaban con médicos de sólida formación pero no disponían de personal que los administrara.

Es recién a fines del Renacimiento que se vislumbran cambios para revertir y comenzar a subsanar esta situación. Primero comienza a reorganizarse la labor social de la Iglesia Católica y posteriormente la Protestante hará lo propio. En estas reformas –que serán vistas en los capítulos siguientes– la mujer será el agente propulsor del cambio en la enfermería y en los hospitales.

1. Jamieson E, et al. *Historia de la enfermería*. 6ª ed. México: Interamericana; 1968. p. 113.
2. Donahue MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1985. p. 188-196.
3. Ibid. p. 191.
4. Frank CM, Elizondo T. *Desarrollo histórico de la enfermería*. México: Sito Arte; 1966. p. 135.
5. Ibid.
6. Ibid. p. 136.
7. Ibid.
8. Ibid.
9. Frank CM, Elizondo T. Op. cit. p. 138.

5. RESURGIMIENTO DE LOS HOSPITALES Y DE LA ENFERMERÍA

Como ya se ha visto, una serie de fenómenos se proyectó negativamente sobre la enfermería y la vida hospitalaria, conduciendo a una verdadera declinación. Entre los siglos XVI y XVIII se operan cambios trascendentes. Entre ellos, cabe destacar las reformas que se produjeron en la Iglesia Católica y en la Protestante.

5.1 LA REFORMA SOCIAL CATÓLICA

Desde el siglo XIV comienzan a detectarse movimientos conducentes a producir transformaciones en la enfermería dentro de la Iglesia Católica. Se crean más de cien órdenes religiosas de mujeres y de hombres, siendo el cuidado de los enfermos uno de sus objetivos primordiales. Todo indica que la aparición de estas órdenes no monásticas ha de valorarse como una réplica tendiente a contrarrestar el sensible decaecimiento de la enfermería y a mejorar el estado de los centros hospitalarios.

Los cambios más trascendentales se sitúan, como viene de anotarse, entre los siglos XIV y XVIII y deben vincularse al advenimiento de estas órdenes, que se destacan por sus obras y que perduran a través del tiempo.

Entre ellas, merecen especial destaque la de San Juan de Dios, la Orden de Enfermería de los Ministros de los Enfermos y la de las Hermanas de la Caridad.

San Juan de Dios. También llamada "Hermanos de la Misericordia", constituida por hombres, fue fundada en el siglo XIV, en España, por un portugués. Sus integrantes eran mendicantes y hacían su trabajo en los hospitales, realizando asimismo visitas domiciliarias a los enfermos.

Además de atender adultos, niños y enfermos mentales, tuvieron la iniciativa de fundar un hospital en Granada (siglo XVI) y, posteriormente, otros en España; Francia; Italia y en la parte católica de Alemania (siglo XVIII). Persistieron por siglos y se expandieron por los países católicos, llegando a asumir un papel protagónico en los territorios colonizados de las potencias europeas.

Orden de Enfermería de los Ministros de los Enfermos. Esta orden masculina fue fundada en Roma por San Camilo (siglos XVI y XVII). Su labor estaba dirigida esencialmente al aspecto hospitalario. Tomaban votos, entre ellos el de dedicación a la enfermería. Vestían una sotana en la que exhibían una cruz roja. Fueron los primeros en utilizar un tipo de ambulancia para el traslado de los enfermos.

A los efectos de asegurarse que el supuestamente fallecido no fuera enterrado antes de verificar efectivamente su muerte, establecieron la norma de permanecer rezando junto al cuerpo durante un tiempo prudencial, impidiendo, además, que se le cubriera el rostro y se lo condujera rápidamente al entierro. Esta orden tuvo una corta permanencia.

Las Hermanas de la Caridad. Fue fundada por San Vicente de Paul, sacerdote franciscano y médico, que había actuado en la guerra de Francia en el tiempo en que se producían muchas enfermedades y altas tasas de mortalidad. Fue capturado por piratas y vendido como esclavo a los turcos. Cuando logró retornar a París comenzó a actuar junto con los Hermanos de San Juan de Dios en un hospital parisino.

Se afirma que de las múltiples órdenes, la de San Vicente (siglos XVI y XVII) es la de mayor significación por haber establecido las bases del trabajo social de un modo que no tenía antecedentes. En tal sentido, se destaca por la construcción de talleres vocacionales en los que se entrenaba a la gente que vivía de la mendicidad y limosna, a la que se enseñaba un oficio. Organizó refugios nocturnos públicos y procuraba conseguir trabajo a esa gente.

Simultáneamente logró integrar un grupo de damas de caridad que realizaba atención de enfermos en el hogar. Al principio estas damas eran once; no tomaban votos ni realizaban promesas eclesíásticas.

La mencionada asociación dejó de ser puramente femenina, creándose una integrada por hombres, con idéntica organización y objetivos. Se autodenominaron Juaninos y se expandieron por distintos países, llegando a poseer, hacia 1860, 207 casas con 3.212 miembros.

La idea de trabajo hospitalario con proyección al hogar, y viceversa, fue instrumentada, precisamente, por San Vicente de Paul.

La Orden de las Hermanas de Caridad se va ampliando y establece asentamiento en distintos pueblos y ciudades, cumpliendo siempre acciones comunitarias. Es en ese contexto que San Vicente solicita la ayuda de una señora viuda llamada Le Grass (1591-1660), a quien nombra como supervisora de las tareas a cargo de las asociaciones de las Hermanas de la Caridad. Posteriormente esta mujer, que será conocida como Santa Luisa de Marillac, se integra a la organización, comprometiéndose a ser miembro de la institución como Hermana de la Caridad.

La Orden siempre se opuso a las intenciones de la Iglesia que pretendía que fuera enclaustrada. Al respecto, Donahue toma datos de Nutting y Dock, haciendo referencia a una defensa de San Vicente quien, entre otras cosas, dice: "*su claustro son las calles de la ciudad o las salas de los hospitales*";¹ las monjas no están atadas a un recinto.

Santa Luisa de Marillac determinó normas para la orden. Por ejemplo, estableció requisitos para su reclutamiento: debían ser jóvenes solteras, por lo general campesinas, tener interés en trabajar con los enfermos y cierto nivel intelectual. Además elaboró un programa para su formación, en el cual se incluía un período de experiencia en el hospital y otro en la comunidad. Debían compartir un lugar común como vivienda y cumplir

con el programa de formación y el período de prueba. Aprobado el mismo, continuaba otro período de cinco años de experiencia y de enseñanza básica, en el que figuraban lectura y escritura; también se les impartía conocimientos de aritmética.

Debían usar un uniforme especial, distinto al de otras órdenes, con características no eclesiásticas. Dicho uniforme era azul grisáceo, con delantal de algodón simple. El vestido tenía un cuello blanco almidonado y el cabello era cubierto por una cofia blanca amplia, en forma de "*alas llamada cornette*". La cofia se consideraba símbolo de bondad y servicio humano.

Anualmente tenían que renovar sus votos de servicio como elemento indispensable para reafirmar su expresión de libre voluntad respecto de continuar o no en la orden, ya fuera para contraer matrimonio, cambiar de ocupación o cualquier otro motivo.

A principios del siglo XIX las Vicentinas (Hermanas de la Caridad) comienzan a actuar en las colonias. En América, la primera comunidad de las Hermanas es introducida en Maryland (América del Norte) y desde allí se extienden a otras regiones, actuando en orfanatos y hospitales fundados por la Orden de San Vicente de Paul, así como en hospitales estatales.

En las colonias combinan sus tareas de cuidado a los enfermos con las parroquiales, perdiéndose entonces la labor en la comunidad.

Las Hermanas de la Caridad desempeñaron tareas en el marco de la guerra de Crimea, cuidando a los soldados franceses que caían enfermos. Este hecho provocó una reacción en las fuerzas inglesas protestantes, que decidieron buscar en la propia Inglaterra una mujer no católica para cuidar a los soldados y organizar la asistencia en Escúteri y Crimea. Esta mujer fue Florence Nightingale.

5.2 LA REFORMA SOCIAL PROTESTANTE

En lo que hace al mejoramiento de la atención del enfermo esta Reforma se inicia con posterioridad a la católica, hacia fines del siglo XVIII.

Es de destacar la figura del filántropo inglés John Howard,² que se interesa en estudiar la situación de las cárceles, hospitales, lazaretos y de las clases sociales marginadas.

Como fruto de esos estudios Howard escribe y divulga la calamitosa situación en Inglaterra. Conocía la obra de las Hermanas de Caridad, de las Beguinas y también el Hospital de San Juan de Malta, al que calificó de infrahumano. A pesar de la difusión de sus conclusiones, no logró una respuesta a nivel gubernamental ni ciudadano, por lo que el cambio se procesó muy lentamente. Halló eco hacia mediados del siglo XIX, cuando la población inglesa comienza a interesarse por la problemática social.

Además de Howard, cabe recordar a Elizabeth Gurney Fry³ (1813), una cuáquera inglesa casada con el Pastor Fry. Al radicarse en Londres comenzó a realizar tareas para mejorar y propender a reorganizar cárceles.

Así como Howard quedó impresionado por lo que había constatado en sus visitas a los lugares ya mencionados, también Elizabeth Fry describió las inhumanas condiciones de las cárceles y de la situación de la enfermería.

Las denuncias públicas formuladas por los estudiosos de los problemas sociales repercuten en los ámbitos médicos, en el clero y en ciertos grupos de poder, derivando en un cuestionamiento de la atención de los enfermos. El problema motivó, básicamente, dos tipos de propuestas: la enfermería debía reorganizarse: a) como un sistema controlado por la Iglesia Protestante; o b) como sistema independiente de la Iglesia y remunerado.

Como se dijo, en los estados protestantes se inicia un movimiento de reformas sociales. En tal sentido comienzan a actuar diferentes grupos con la finalidad de hallar soluciones para los problemas de las clases más sumergidas. Entre ellos, y vinculado al tema que abordamos, debe señalarse el de las diaconisas de Kaiserswerth, que merece algunos apuntes sobre su creación y características.

Las diaconisas de Kaiserswerth

En lo referente a la enfermería resurgen las antiguas diaconisas (cuyo origen data de los primeros años de la Era Cristiana), pero en este caso son diaconisas protestantes (año 1836). Así, en el mismo año, el pastor luterano Teodoro Fliedner (1800-1864) funda en Alemania el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth.

En sus primeros años de labor social el pastor Fliedner se había dedicado a la reforma carcelaria. En 1822 fue nominado párroco de Kaiserswerth, así como encargado de una parroquia. Por entonces visitó Inglaterra y Holanda, se interesó en conocer las reformas realizadas en estos países y, tras su regreso a Kaiserswerth, entusiasmado por el conocimiento de las tareas que venía desempeñando Elizabeth Fry en materia carcelaria, fundó la Asociación de Prisiones Alemanas. En el marco de estos viajes también pudo apreciar la labor de las diaconisas menonitas en Holanda.

En 1828 el pastor Fliedner se casó con Federica Münster y juntos se proponen mejorar la situación de las prisiones. Por no poseer recursos para el funcionamiento de la parroquia y menos aun para una reforma de envergadura en el sistema carcelario, sólo lograron fundar un pequeño asilo o refugio para presos en 1833.

El matrimonio Fliedner se abocó especialmente a cambiar la situación del cuidado de los enfermos. Creó un pequeño hospital con una escuela para capacitación de diaconisas protestantes. Su primera aspirante a diaconisa fue Gertrude Reichardt (1836), hija de un médico; al año ingresaron otras seis mujeres.

Principales características de la Escuela de Diaconisas de Kaiserswerth

Se admitían jóvenes obreras, con 18 años como edad mínima, con cartas de recomendación de pastores y médicos, certificado de estado de salud e integridad moral.

- No se requería hacer votos religiosos, solamente la promesa de trabajar por Cristo.
- Residían en la llamada "Casa Madre".
- No recibían salario.
- Cumplían tareas en hospitales, distritos y podían brindar atención a enfermos privados, recibiendo en este caso remuneración por el trabajo particular. Dicha remuneración estaba destinada a contribuir al sustento de la institución.
- Usaban uniforme de algodón azul, delantal blanco con peto y un cuello del vestido volcado, cofia de muselina blanca con un vuelo fruncido alrededor de la cara que se ataba al cuello con un gran lazo blanco.
- Cuando no estaban en servicio cubrían la cabeza con un manto negro y cofia del mismo color.
- Tenía un programa de educación general, combinado con enfermería y trabajo doméstico y las clases eran dictadas por un médico.
- Cumplían una rotación por servicios clínicos en el hospital (en salas de hombres, mujeres, niños, salas de infecciosos, convalecientes, cuidados a diaconisas enfermas) y cuidados domiciliarios.
- La enseñanza teórico-práctica incluía, además, aspectos de ética, doctrina religiosa y farmacología, exigiéndose rendir una prueba estatal y aprobar los exámenes, tras lo cual se recibían de farmacéuticas.
- El programa preveía una duración de tres años y debían cumplir un período de prueba que duraba de tres meses a un año.
- Las estudiantes estaban divididas por grupos (1º, 2º y 3º, que era considerado el de enfermera en jefe).
- Se debía obediencia incondicional al médico, que era el responsable de lo que ocurriera.
- Todo el sistema se basaba en una fuerte disciplina profesional.
- Se levantaban a las cinco de la mañana; trabajaban y estudiaban hasta las nueve de la noche.
- En la casa debían lavar la ropa, realizar la limpieza, encargarse de la cocina, el jardín y la huerta, rotándose para cumplir con estas tareas de su residencia.

El instituto de diaconisas tuvo tal aceptación que en 1840 debieron crearse dos casas más como hospitales anexos al primero de ellos y en

1842 el hospital tenía más de doscientas camas. También se hizo necesario ampliar la casa que oficiaba de residencia.

La obra de Kaiserswerth se amplió a tal punto que su principal objetivo (cuidado de enfermos y formación de las diaconisas) se diversificó en otras variantes como atención a mujeres presas, ayuda a los pobres, cuidado de niños. Su importancia trascendió fronteras y comenzó a recibir visitantes interesados en conocer y estudiar los métodos utilizados en la formación de las nuevas diaconisas.

Esta reforma social en los estados protestantes se extendió en 1849 a Estados Unidos (Pensylvania) y tuvo gran influencia en la creación de organizaciones similares, así como dependientes, en Jerusalén, Constantinopla, Beirut, Alejandría y otros países.

Esta organización institucional fue visitada por Florence Nightingale, quien residía en Inglaterra y fundaría luego la Escuela de Enfermería en el Hospital de Santo Tomás.

En los países protestantes, especialmente en Inglaterra, se crearon órdenes en número significativo en el marco de las iglesias protestantes. Entre estas órdenes, llamadas hermandades, figuran la Orden de la Merced (1845) y la Hermandad de la Casa de San Juan en Londres (1848), que fue la primera orden religiosa protestante dedicada fundamentalmente al cuidado de los enfermos y que se vinculó con la orden católica de las Agustinas, que trabajaba en el hospital Hotel Dieu de París. Las Hermanas de San Juan actuaron en el Hospital King's College y posteriormente en otros hospitales de Inglaterra. Es de destacar que dicha orden siempre defendió y difundió su potestad de controlar las actividades de enfermería en las instituciones en que trabajó.

Hacia mediados del siglo XIX y décadas posteriores crece el número de órdenes religiosas protestantes, aunque no todas tuvieran como finalidad encargarse del cuidado de los enfermos. Cumplían una labor de tipo misionero y no poseían preparación especial en enfermería.

El impacto de Kaiserswerth se proyectó más en otros países que en la necesitada Inglaterra. De todos modos, las condiciones de los hospitales y del cuidado de los enfermos mejoraron como resultando de la acción de personas socialmente destacadas, quienes tomaron conciencia de la reforma requerida y de la divulgación de los estudios estadísticos realizados en esa época.

Las características de las prácticas y los métodos de la enseñanza de enfermería evolucionaron lentamente y algunos países se mantuvieron sin mayores cambios hasta el surgimiento de la formación en instituciones cuya finalidad central era la educación (siglo XX). La reforma social protestante condujo a la formación institucionalizada, pero la Escuela de Florence Nightingale fue mucho más evolucionada que la de Kaiserswerth, por lo que será abordada en un capítulo especial, ya que marcó una etapa fundamental en la historia de la enfermería de su país y del mundo.

NOTAS

1. Donahue MP. Op. cit. p. 222.
2. Ibid. p. 225.
3. Ibid. p. 229-238.



Florence Nightingale. Imagen aportada por la Prof. Lic. Nidia Hernández (Museo Florence Nightingale).

6. FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910)

Como se verá, es posible afirmar que Florence Nightingale consiguió romper los prejuicios sociales, especialmente los de las clases altas de su época respecto de la labor de la mujer en la enfermería, ya que para cumplir su misión en Crimea fue nombrada por el gobierno inglés como inspectora –superintendente– de la Institución de Enfermería de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Este hecho se destaca por constituirse en el primer reconocimiento de la enfermera a nivel gubernamental y por el carácter de independencia que logra para enfermería respecto a su no subordinación a médicos militares y religiosos en lo concerniente a las decisiones de su profesión.

Obtuvo el respaldo y la admiración popular; Florence y su lámpara se convirtieron en el primer símbolo mundial de la enfermería. Fue pionera en sentar las bases de la enfermería institucionalizada con características de escuela, así como en determinar los fundamentos básicos para la creación y formación de la enfermería con asentamiento teórico-práctico y con inclusión de la enseñanza sistematizada.

Su libro *“Notas sobre Enfermería”* es considerado la primera incursión en determinar una teoría sobre el saber y la práctica de la enfermería profesional, por cuanto crea el primer modelo o paradigma de enfermería con énfasis no sólo en la atención del enfermo, sino también en lo concerniente a la prevención de enfermedades y recuperación de la salud.

Todo esto se ubica en un encuadre que jerarquiza las tareas independientes de la profesión y la atención personalizada. Con su aporte se refuerza el carácter femenino de la profesión –que perdura por años–, la vida de internado de los estudiantes y la relación de la escuela con el hospital. La concepción de la escuela independiente de las autoridades y de las superintendentes de enfermería de los mismos no fue lograda por Nightingale ni por sus sucesoras de la época. Las necesidades de aprendizaje de las estudiantes eran tenidas en cuenta, pero por otro lado se supeditaban también a los requerimientos de personal del hospital.

Hay otros hechos que no podemos obviar por su repercusión futura. Con la Escuela de Santo Tomás se creó la división del trabajo en enfermería en dos niveles de preparación y de funciones diferenciadas jerárquicamente, condicionado esto, por los antecedentes educacionales de las jóvenes estudiantes, el ingreso a la escuela, así como lo que concierne a la estructura docente-asistencial, la que también establece jerarquías funcionales tales como la “matron”, “sisters”, “nurses” y “home sisters”.

Otros sucesos que también signaron la enfermería por años fueron el carácter de internado obligatorio para las jóvenes estudiantes que, si bien ofrecía un ambiente confortable, era muy controlado y estaba regido por normas disciplinarias estrictas; la división del trabajo y la diversificación en la formación según sus cometidos inmediatos al egreso, los que impusieron también tiempos diferentes en la duración del curso. Por ejemplo, las “lady sisters”, grupo de la clase social alta y con mayor nivel educacional, requieren menos tiempo que las “nurses”, que poseían menor nivel educativo y limitadas posibilidades de financiar su matrícula.

En 1862 se inició la enseñanza de enfermería sanitaria o comunitaria como especialidad guiada por la Escuela de Santo Tomás, con asesoría de Florence y por iniciativa de un ciudadano inglés, industrial con solvencia económica. El curso no formó parte del plan de estudios, pero se organizó con la asesoría y personal docente de la Escuela de Santo Tomás.

6.1 DATOS BIOGRÁFICOS

Existe numerosa bibliografía con relatos sobre la vida de esta pionera de la enfermería moderna, mujer que rompió con la política prejuiciosa que existía en disfavor de la enfermería como profesión.

Los diversos autores que han escrito sobre su vida coinciden en datos históricos, pero exhiben muy variadas interpretaciones respecto de su personalidad. Las informaciones relativas a sus ideas, sentimientos y filosofía de vida no sólo se han obtenido de las publicaciones de sus libros y artículos, sino además de su “diario íntimo” o notas personales.

Según Woodham Smith, uno de sus principales biógrafos, “*Florescia no era una hija fácil, era una niña extraña, apasionada, terca y obstinada*”. A través de la lectura de los distintos autores se vislumbra que frecuentemente caía en crisis depresivas que se hacían patentes frente a contratiempos que le impidieran llevar adelante sus deseos y proyectos.

Florence Nightingale nació el 12 de mayo de 1820, en la ciudad de Florencia (Italia), igual que su única hermana, y murió en 1910. Señalemos que, hasta el presente, el 12 de mayo es considerado el Día Internacional de la Enfermera.

Pertenecía a una familia adinerada y de prestigio social residente en Inglaterra. Su padre era una persona muy instruida; había cursado estudios en una escuela superior. Como se acostumbraba en la época, él mismo se encargó de la instrucción de sus hijas. Su madre fue una mujer dominante, dedicada a las reuniones sociales, que viajaba con frecuencia acompañada de su familia, siendo el casamiento de sus hijas –a las que asignaba como único y primordial destino formar un hogar– su preocupación fundamental.

El abuelo de Florencia integraba la Cámara de los Comunes, en la que puso de manifiesto su altruista preocupación por la defensa de los derechos de los colonos, de los principios humanitarios y de las clases sociales marginadas.

Con su padre aprendió varios idiomas –griego, latín, alemán, francés, italiano–, historia y filosofía; además recibió de su institutriz educación en música y dibujo. Posteriormente, en 1840, estudió matemáticas y economía. Era una ferviente lectora.

Su vida fue rica en viajes, estudios, aventuras, relaciones sociales con la aristocracia y personajes influyentes de su época. En lo que hace a la enfermería, puede verse que su vocación se manifiesta tempranamente, pero debiendo enfrentar la resistencia y oposición de su familia. A pesar de ello logra tener muy destacada actuación, no sólo en el terreno de la enfermería sino también en los estudios de hospitales y de su organización, y como fundadora de la primera escuela de enfermería.

Hacia 1842 Inglaterra entra en la llamada “época hambrienta de los 40”, que afecta de manera sustantiva a las clases más carenciadas. Esto influyó decisivamente en ella, reforzando una mayor conciencia de las diferencias sociales y de los problemas que enfrentaba la pobreza.

Además tomó conocimiento de lo que sucedía con el cuidado de los enfermos que yacían en sus tugurios, vagabundos sin techo, y de las pésimas condiciones de los hospitales, cárceles y hospicios. Debido a su vinculación con personas influyentes llega a contactarse con el barón Bunsen y su esposa, a quienes expuso sus inquietudes respecto de la problemática social, solicitándoles sugerencias sobre qué hacer para aliviar esa situación. Fueron ellos quienes le aconsejaron visitar Kaiserswerth y ver la obra del pastor Fliedner y su esposa.

En 1843, amén de brindar asistencia social, comienza a dedicarse al cuidado domiciliario de los pobres de un barrio adyacente a la casa de verano de los Nightingale. Encuentra desaprobación en su familia, especialmente por parte de su madre y de su hermana. Sin embargo, su devoción religiosa fue una fuerza importante a la hora de decidir no abandonar la tarea.

Su convicción de que debía trabajar en los hospitales se afianzó y la interpretó como “*un llamamiento de Dios*” que marcó su destino.

Los enfrentamientos familiares cobraron nueva intensidad, ya que se le argumentaba que cuidar enfermos y dedicarse a obras de asistencia en las casas u hospitales era impropio y desprestigiaba a la mujer de esa época y de su rango social. No obstante, encontró apoyo en un matrimonio norteamericano: el doctor Houvre y su esposa, invitados a una reunión social en la casa de los Nightingale, quienes la estimularon a seguir adelante y a enfrentar los prejuicios familiares y sociales.

En 1845 empieza a trabajar en el cuidado de enfermos en una aldea. Allí se percata de que, ni ella ni las otras personas que actuaban en el lugar, poseían los conocimientos necesarios: “*todos daban por supuesto que lo único que se necesitaba para ello era ser mujer*” y tener ciertas características personales para tratar humanamente a los enfermos. Era muy fuerte en ella la convicción de que para ejercer la enfermería resultaba necesario contar con una preparación especial a tales efectos. Decide entonces practicar en un hospital acreditado, como lo era el de Salisbury, ubicado no muy lejos de su residencia.

El doctor Fowler, médico jefe de dicha institución, era gran amigo de los Nightingale; hombre de ideas avanzadas, se propuso ayudarla, lo que derivaría en otra confrontación familiar, impidiéndole lograr su fin.

Realizó un viaje a Roma en 1847, acompañada por un matrimonio amigo de sus padres. En Italia toma contacto con las tareas desarrolladas por una hermandad de monjas en el trabajo hospitalario. Consigue la autorización de la hermana superiora para albergarse durante diez días en el convento y asistir a las enseñanzas que la superiora daba a las monjas y novicias, y así conoce el modo de vida de las mismas. Es en Roma que establece vinculación con el matrimonio Sidney Herbert, quien le brindó la oportunidad de actuar como enfermera.

Para ese entonces su preocupación fundamental era obtener la preparación necesaria para actuar como enfermera y ayudar a la formación de otras "damas" a fin de mejorar la situación hospitalaria en Inglaterra, sabedora de sus grandes deficiencias edilicias, de salubridad, carencia de materiales y de personal entrenado.

Sidney Herbert era un hombre de buena posición económica y grandes influencias; el matrimonio residía en Inglaterra y se preocupaba por la caridad privada. A su regreso a Inglaterra, el matrimonio Herbert continúa vinculado a Florence y también a su familia.

En el periodo 1849-1850 vuelve a viajar; esta vez a Egipto y Grecia, acompañada por amigos de sus padres. Durante el viaje padece nuevamente crisis depresivas. Los amigos de la familia deciden trasladarla a Kaiserswerth con la finalidad de satisfacer sus deseos.

Antes del viaje había roto el compromiso con su novio, lo que, por supuesto, se tradujo en otra crisis familiar, especialmente con su madre.

Permaneció quince días en Kaiserswerth (1850) y allí logró, finalmente, tomar conocimiento de la preparación, métodos de instrucción y trabajo realizados por los Fliedner con las diaconisas. También visitó los hospitales de Berlín e instituciones de servicio social. Es así que mejoró su salud y escribió un folleto de treinta y dos páginas. Dicho folleto fue escrito en un brevísimo tiempo, pero recién fue publicado en el año 1851 por una institución inglesa. En él describe toda la obra de los Fliedner con el nombre de *"El Instituto de Kaiserswerth"*.

En esta publicación narra la preparación que se daba a las diaconisas, el hospital y sus características, la escuela para niños e industriales y la cárcel para mujeres. Estos elementos significaban una verdadera innovación para la época y, además, un aprendizaje para la propia Florence, que nota la diferencia evidente con respecto a los adelantos alcanzados en Alemania, especialmente si se los comparaba con la situación existente en Inglaterra.

En este viaje también visitó Alejandría, contactándose con la tarea llevada adelante por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. Y en Grecia se relacionó con misioneros americanos a quienes visitó en la escuela y el orfanato que éstos dirigían.

El 21 de agosto de 1850 regresaron a Londres, reiterándose los enfrentamientos familiares, a tal punto que llegan a prohibírsele los viajes

y cualquier otra actividad que no fuera permanecer en el hogar, al igual que las demás damas de clase acomodada, y cuidar a su hermana que había caído en un fuerte cuadro depresivo.

Ya habían pasado cinco años desde su solicitud de ingreso al hospital de Salisbury, y aún no había llegado la oportunidad de acceder a nada de lo que aspiraba.

En 1851 acompañó a su hermana, a quien se había aconsejado un viaje a las aguas termales de Carisbad para reponerse de su quebranto físico-emocional. Dicho balneario se encontraba en Alemania y no lejos de Kaiserswerth. Así, mientras su madre y hermana permanecen en el balneario, ella –con apoyo de Sidney Herbert– se traslada a Kaiserswerth y permanece en la institución por el término de tres meses. Sus amigos, los Herbert, también visitan este lugar. A fines de ese año retorna a Inglaterra, no siendo bien recibida en su casa. Coincide con el hecho de que su padre sufría una afección ocular, requiriendo ser internado, y pide que sea Florence quien lo cuide. Nuevamente tiene que abandonar sus planes y se dedica a escribir.

En sus escritos puede verse una interpretación de lo que le sucedía como dama de la clase alta británica, las imposiciones a que era sometida por su familia a pesar de no ser *“una hija fácil y dócil”*. No olvidemos que vivió una época de severas restricciones para la mujer, contra lo que luchó, en aras de la independencia y libertad femeninas, procurando romper con los prejuicios que ubicaban el trabajo social de las damas como algo indigno, acaso como secuela del “oscurantismo en enfermería” y de la división clasista por la cual las mujeres pertenecientes a la clase baja eran las encargadas de los trabajos manuales, escapando a ellas su preparación desde el punto de vista intelectual.

Será recién en el período de 1853 a 1854 que finalmente consigue el consentimiento materno para trasladarse a París y estudiar la obra de las Hermanas de la Misericordia en el Hospital de Dublín, pero éste se encontraba en estado de remodelación.

No obstante este contratiempo, estudia la labor de las Hermanas de Caridad en París, obteniendo autorización para visitar los hospitales y ver el desempeño de las religiosas en éstos y en la comunidad. Ese mismo año tiene que regresar a Inglaterra debido al grave estado de salud de su abuela.

Ya en su país, recibió un ofrecimiento para reorganizar la *“Institución para la Atención de Damas Enfermeras Pobres”*. La mencionada institución estaba a cargo de la comisión presidida por lady Canning, quien necesitaba una persona que se ocupara de ese aspecto. Empezó el trabajo y tuvo ciertas dificultades con la comisión, que cuestionaba si ella estaría dispuesta a recibir órdenes de otras damas. Esta tarea le ocasionó dificultades a nivel familiar, que se proyectaron en quebrantos de salud de su madre y hermana, ya que no consideraban prudente que una dama presenciara exámenes médicos y operaciones.

Pese a la oposición familiar y los ya referidos preconceptos existentes sobre la mujer de alta sociedad que hacía este tipo de trabajos sociales,

prosiguió con su tarea, solicitó una ayudante de mayor edad, que fuera de su confianza, y continuó adelante, sin percibir salario alguno. Se preocupó básicamente por el estudio institucional. Propuso la remodelación de locales y una administración racional de las finanzas.

Mientras adecuaba la institución, decide ir por tercera vez a París, con la finalidad de completar su preparación con las Hermanas de la Caridad en Maison de la Providence. Allí contrae sarampión y pasa a vivir en una de las celdas en que vivían las hermanas. Por cierto: de acuerdo al nivel de vida a que estaba acostumbrada, critica enormemente este tipo de alojamiento. Escribe sobre éste, tildando el lugar de celda sucia y extraña. Un amigo de la familia la traslada a su casa y, tras recuperarse de la enfermedad, vuelve a Inglaterra.

Rompe con todo lazo familiar y pasa a alojarse en los nuevos o remodelados locales de la institución que supervisaba. Esa remodelación la convertía en modelo sin antecedentes en Inglaterra. La reorganización incluía *"ascensores, gas, baños, salas dobles e individuales, instalación de cañerías que llevaba agua a todos los pisos. Como medio de ahorrar trabajo, montacargas"*, que permitían evitar que las enfermeras perdieran tiempo y energías en desplazamientos; instalación de timbres en los pasillos ubicados frente a la puerta de la enfermería; los timbres disponían *"de una válvula que permanecía abierta al sonar el timbre, para identificar quién era el que llamaba"*. La incorporación de estas innovaciones implica permanentes viajes a distintos lugares de Inglaterra para conocer y seleccionar materiales, timbres, ascensores, etcétera. Todo lo propuesto por ella pone de manifiesto la inteligencia y capacidad creativa, así como las ideas avanzadas de esta mujer para su época.

Florence poseía una visión de hospital modelo como no existiría hasta muchos años después. Fue una pionera en la administración hospitalaria y consiguió, pese a las dificultades, llevar adelante su plan de reforma.

Del mismo modo que se exigía a sí misma, lo hacía con la comisión o las comisiones, puesto que en la realidad existía una integrada por damas y otra integrada por caballeros. Tuvo problemas con las comisiones y los médicos, ya que éstos estaban en frecuentes disputas internas y también porque no siempre cumplían sus órdenes.

Otro factor de desavenencias hallaba su causa en el sectarismo religioso que pretendían imponer en la Institución, aspecto con el que ella discrepaba fuertemente, sosteniendo que no debía hacerse distinción entre protestantes, católicos, judíos u otros. Propendió a reglamentar este punto y a permitir que los internados fueran visitados por sus respectivas autoridades religiosas, siempre que lo necesitaran o desearan.

Como supervisora general de la institución se dedicó a su administración, controlaba el funcionamiento en los distintos sectores y también se encargaba del cuidado de los enfermos.

Sus objetivos primordiales eran la buena administración presupuestal y funcional, el mejoramiento en la atención de los enfermos y la dedicación de las enfermeras a los internados, liberándolas de otras labores que po-

dían ser cubiertas por otros. Este aspecto sigue siendo, aún en pleno siglo XX, objeto de estudios y debates.

Los gastos de operativa institucional no se lograban controlar debidamente, por lo que se generaban desajustes presupuestales. Ante ello realizó estudios para la adecuación de erogaciones y propuso disminuir los gastos prescindibles o sustituibles por otros servicios menos onerosos, buscando un mejor aprovechamiento de las finanzas disponibles, adquiriendo, por ejemplo, las mercaderías necesarias al por mayor. Por primera vez logró el apoyo de su madre; ésta aportó ropa y lencería en desuso para ser utilizada en la limpieza, así como donaciones de ropa de cama. Otro aspecto motivo de análisis fue el relativo al uso de los medicamentos y a su obtención en farmacias. La balanza presupuestaria se equilibró al renunciar el ama de llaves y el médico residente, que fueron sustituidos por otros de confianza. Su accionar era sostenido por el apoyo de los enfermos, sus familiares y el personal de enfermería.

Hasta esta fecha mantenía una fluida correspondencia con el matrimonio Herbert, intercambiando datos sobre la situación del hospital, del personal y de cómo corregir la situación en forma más amplia, tanto en Inglaterra como en Roma.

En 1854 era notorio que crecía en ella la conciencia de la necesidad de contar con personal de enfermería mejor preparado. Su ideal era la creación de una escuela de enfermería en la que se formara a la enfermera no sólo en normas respetables, de confianza, sino además, con formación técnica.

Buscó ayuda en una persona de su confianza, el doctor Bownan, un cirujano y prestigioso administrador, decano del hospital King's College, que estaba en vías de reestructuración y reparación. Se dirige a él para lograr el cargo de inspectora de Enfermería, lo que, a su entender, favorecería la posibilidad de preparar el tipo de enfermeras a que ella aspiraba.

En este año (1854) estalló en Londres una epidemia de cólera que atacó principalmente a la población marginada; las más afectadas son las prostitutas residentes en barrios carentes de agua potable y saneamiento. Los hospitales no daban abasto para albergar tantos enfermos. Florence acude como voluntaria a atender a los internados del Hospital Middlesex, trabajando día y noche. Su aprendizaje en materia de asistencia social y enfermería se enriqueció notablemente durante ese verano de epidemia.

La institución que había organizado y dejado en marcha decae a causa de su alejamiento y de la potestad de que gozaban las comisiones; se deterioraron las instalaciones, la institución no administró correctamente los gastos y, en consecuencia, no dispuso de los recursos necesarios.

La experiencia en esta institución fue una etapa significativa en el marco de su aprendizaje. Hay autores que sostienen que este trabajo honorario fue un valioso ensayo de demostración y ayuda en la toma de conciencia de la población sobre la necesidad y posibilidad de un modelo diferente de atención.

6.2 LA GUERRA DE CRIMEA Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA (1853-1856)

En 1853 Turquía declaró la guerra a Rusia, desatándose un largo conflicto, que venía gestándose desde tiempo atrás, por el control de una zona estratégica sobre el mar Negro. Un año más tarde se produjo la intervención de las potencias aliadas Gran Bretaña y Francia en apoyo a Turquía con el objetivo de detener el avance ruso.

El asedio franco-inglés a Sebastopol y sus triunfos en importantes batallas confirmaron su poderío. No obstante ello, sufrieron enormes bajas por causa de la guerra y las epidemias de cólera. La base de operaciones estaba situada en Escútari, territorio turco sobre el Bósforo, frente a Constantinopla.

Los soldados heridos eran albergados en cualquier sitio: granjas, locales no apropiados, yacían en el suelo y sin posibilidad de recibir atención o en los hospitales de Escútari y en cárceles donde también se ubicaba a los turcos pertenecientes a la artillería.

En una primera instancia el número de enfermos de cólera llegó a varios cientos, siendo depositados en lugares insalubres y hospitales desbordados. Además se sumaban los heridos de guerra, por lo que la situación devino insostenible.

El pueblo inglés desconocía esta situación. El director del hospital era el doctor Menzies, quien, por falta de espacio y de recursos, los derivaba al cuartel, carente de camas, ropa, alimentos, agua y personal para transporte de la misma, así como de médicos en cantidad suficiente.

Inglaterra supo lo que por entonces ocurría en Escútari por el corresponsal de guerra del London Times, William Howard Russell, que se encontraba con el ejército británico. Pese a la resistencia de los mandos militares, lo cierto es que el corresponsal logró hacer conocer la problemática en Inglaterra y despertó el interés de filántropos y autoridades.

El periodista del London Times, detestado por los altos mandos militares, continuó informando con la finalidad de romper la indiferencia imperante en la metrópolis. Acotaba que el ejército francés gozaba de otra situación, ya que contaba con médicos y cirujanos en mayor cantidad que los británicos, más recursos y la atención de las Hermanas de Caridad en el cuidado de los enfermos.

Por entonces Sidney Herbert –sensible a las denuncias de la prensa– asumió un alto cargo en el gabinete británico. Al tomar conocimiento de estos artículos periodísticos, impartió órdenes al embajador británico en Constantinopla para que adquiriera todo lo que considerara necesario para los hospitales y la atención de la salud del ejército.

En el mes de octubre –y coincidiendo con las denuncias de Russell– Herbert escribió a Florence, invitándola a viajar a Escútari junto con un grupo de enfermeras. Le propuso hacerse cargo de la misión, con la aprobación del gobierno y a costo del mismo.

Antes de recibir la carta de Herbert, Nightingale ya había organizado un grupo de enfermeras y estaba dispuesta a partir hacia Constantinopla.

Ella tenía a su favor la experiencia y autoridad que se le había otorgado para dirigir todo lo relacionado con la administración del plan que propusiera y solicitar al gobierno lo necesario para el cumplimiento de su misión. Al mismo tiempo Herbert solicitó que se comunicara con él para aconsejarla y brindarle la ayuda necesaria. Además nombró una comisión investigadora, integrada por dos médicos y otra persona de su confianza, con el cometido de cursar informes sobre los acontecimientos en Escútari. Se aclara que la comisión era investigadora e informadora, y que la función de Nightingale era de dirección y también de información. El gobierno la designa inspectora de la “Institución de Enfermería de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía”, cargo que la habilita como inspectora y superintendente.

El grupo de enfermeras estaba bajo su dirección, debiendo obedecer sus órdenes, y las monjas no dependían de la madre superiora, salvo en asuntos estrictamente religiosos.

El nombramiento gubernamental otorgado para actuar en Escútari de hecho prestigió a la mujer enfermera y se empieza a romper con los prejuicios de la alta sociedad al respecto. Este plan se concibió y realizó en un muy corto tiempo. Es entonces que comienza a obtener la aprobación familiar.

Florence diseña el uniforme, que consistía en un vestido de lana gris, llamado bata, una chaqueta de igual color y textura, un gorro blanco chato, estilo cofia, y una capa corta de lana; en los hombros lucían una banda con la inscripción “Hospital de Escútari” bordada en rojo. Las monjas vestían sus hábitos.

Después de un largo viaje llegaron al hospital cuartel de Escútari, ascendiendo por un fangoso y resbaladizo camino de tierra hacia lo alto de un empinado lugar donde se encontraba el hospital principal. Fueron alojadas en este edificio, en el que estaban los enfermos y donde se esperaba la llegada de más heridos.

En un contexto de coordinadas inhumanas se vio en la urgencia de rediseñar y organizar, dentro de las escasas posibilidades con que se contaba, algunos cambios tendientes a aliviar la deplorable situación hospitalaria.

El sistema administrativo militar había demostrado su incapacidad para dar soluciones a esta problemática tan compleja de Escútari, así como a los que se encontraban más alejados en Crimea.

Los médicos, que estaban bajo el mando militar, poco podían hacer sin la autorización pertinente y careciendo de recursos. Frente a cada solicitud debían llenar numerosos formularios, que caían en el olvido.

A pesar de la falta de apoyo de los militares que actuaban en Escútari y antes de recibir sugerencias provenientes de Inglaterra, Florence toma la iniciativa e instrumenta una serie de decisiones con rapidez:

- calefacciona los ambientes;

- se preocupa de la ventilación;
- consigue obtener trapos, cepillos, jabón y agua, logrando la limpieza del hospital y de los enfermos;
- informa al gobierno central respecto a la urgencia de proceder a solucionar las obras de saneamiento, como desagües adecuados y abastecimiento de agua;
- en tanto espera solución a este último problema, alquila una casa, a la que provee de hervidores de agua y paga a las mujeres de los soldados para realizar el lavado de ropa de cama y de ropa en general;
- organiza una cocina de dietas nutritivas, pequeña, pero que abastecía de lo más necesario, e instala un almacén y un despacho de alimentos bajo su control personal;
- provee los locales de estufas y de otros materiales que había traído de Inglaterra;
- establece una buena relación con médicos, a los que exime del papeleo ineficiente que se les había ordenado cumplir.

En una de las cartas a su amigo Sidney Herbert le dice que se ha vuelto *“una comerciante al por mayor en: calcetines, camisas, cuchillos, tenedores, cucharas de madera, bañeras, mesas, coles y zanahorias, mesas de operaciones, toallas, jabón, peines para eliminar piojos, un líquido tipo piojicida, tijeras, camas y colchones...”*. Estas adquisiciones fueron posteriormente financiadas por el Parlamento; por la insistencia de sus informes había conseguido que a Escútari concurriera una comisión investigadora.

Simultáneamente construyó salones de recreación, acondicionó y reestructuró un local para albergar a soldados y logra reducir la tasa de mortalidad de 40 a 20%, incentivando así la solidaridad de grupos filantrópicos que la apoyaron.

Solicitó un aumento en el número de enfermeras, a pesar de la opinión contraria de los médicos oficiales u oficiales médicos. Estas enfermeras debían poseer cierto entrenamiento previo en los hospitales londinenses. Consiguió un grupo de 46 mujeres, pero con muy escasa experiencia, que llegaban para estar bajo la égida del jefe del ejército.

Luego de una serie de tratativas logró que quedaran a su cargo, previo anuncio de que, en caso contrario, renunciaría. Como se ve, estaba dispuesta a hacer valer su autoridad y sus convicciones a un alto precio.

Llegó a tener 125 enfermeras o voluntarias, de las cuales algunas abandonaron, otras fueron declaradas innecesarias por falta de condiciones deseables y nueve fallecieron. Las que quedaron a su cargo fueron instruidas por ella y pasaron a actuar en dos hospitales de Crimea, llevadas por ella con el fin de organizarlos como lo había hecho en Escútari. Viajaron a caballo y en un carruaje antiguo por inhóspitos y peligrosos caminos. Consiguió un permiso especial para trasladarse al campo de batalla, donde contrajo la “fiebre de Crimea”, pasando parte de su recuperación en Escútari y otra en Crimea.

Se la llamó la *“Dama de la Lámpara”* debido a que en sus rondas nocturnas por los locales en que se encontraban los enfermos portaba una

lámpara de aceite para iluminar su camino y la cara de los más graves. De aquí surge el símbolo de la enfermería, que es tradicional en el mundo y en nuestro país (integrada al logotipo de la Escuela Universitaria de Enfermería, en el anillo de la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery, en el logotipo del Consejo Internacional de Enfermería y de múltiples eventos y de organizaciones de esta disciplina).

6.3 REGRESO A INGLATERRA Y PUBLICACIONES

Después de la guerra, en 1857, regresa a Inglaterra con su salud muy quebrantada, lo que le impide continuar con el tipo de trabajo que venía llevando adelante. Desarrolla entonces una intensa labor intelectual que se traduce en unas 147 obras escritas, constituyendo un legado de capital importancia en cuanto a la profesionalización de la enfermería.

Es en ese contexto que escribe un libro de 800 páginas, titulado *Notas sobre las cuestiones relativas a la salud, eficacia y administración hospitalaria del ejército británico*, que se convirtió en un verdadero avance en el estudio estadístico –no olvidemos la preparación en matemáticas y economía que había obtenido en 1840–.

Este tratado fue una contribución para el mejoramiento de las condiciones de hospitales militares y civiles, con especial atención en los aspectos organizativos, y también de las cárceles. Dicha publicación pone el énfasis en asuntos de saneamiento, limpieza y remodelación edilicia, en tanto que puntales para la atención de la salud. La obra encuentra eco en los médicos, que comienzan a preocuparse por los aspectos antes mencionados.

En 1863 su libro es difundido en las colonias británicas de la India y, ese mismo año, redacta el informe *Observación sobre la situación sanitaria del ejército en la India*. Diez años más tarde publicó otro informe: *¿Vida o muerte en la India?*

Las indicaciones propuestas para la construcción de hospitales de Inglaterra fueron tenidas en cuenta en otros países como India, Australia, Canadá y Estados Unidos.

Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es (1859), un texto de 139 páginas, fue una pieza capital. Aquí sentó las bases de la esencia de la enfermería, resultando así la primera teoría escrita sobre la disciplina. Es el primer intento en hacer de enfermería una profesión. Se la considera como una adelantada, porque hasta ese entonces nadie había determinado base alguna sobre la naturaleza de enfermería.

Por primera vez encontramos una mujer que escribe sobre la enseñanza básica de la enfermería y sobre la administración en instituciones de salud y acerca de salud pública. Establece una doctrina sobre lo que debería ser la profesión y una base para la preparación de las enfermeras. Su intensa producción es fruto de la experiencia, la búsqueda y el análisis de datos observados y de su autoevolución como gestora de proyectos sustentados en conceptos innovadores.

Demostió tener una visión muy clara, tanto de los cambios que pueden operarse como de la necesidad de valoración continua de lo que se hace. Ello se pone de manifiesto cuando señala: *"...de ninguna manera estas notas tienen la intención de ser una regla de pensamiento (...) ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar. Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de la salud de otros"*.

Sentó una base conceptual con la finalidad *"de ayudar a que la persona poseyera los conocimientos y el arte en estado de salud, previniendo enfermedades o recuperándose de ellas"*. Esto, que fue publicado en 1859, recién es tomado como premisa por el Consejo Internacional de Enfermería muchísimo tiempo más tarde (1934).

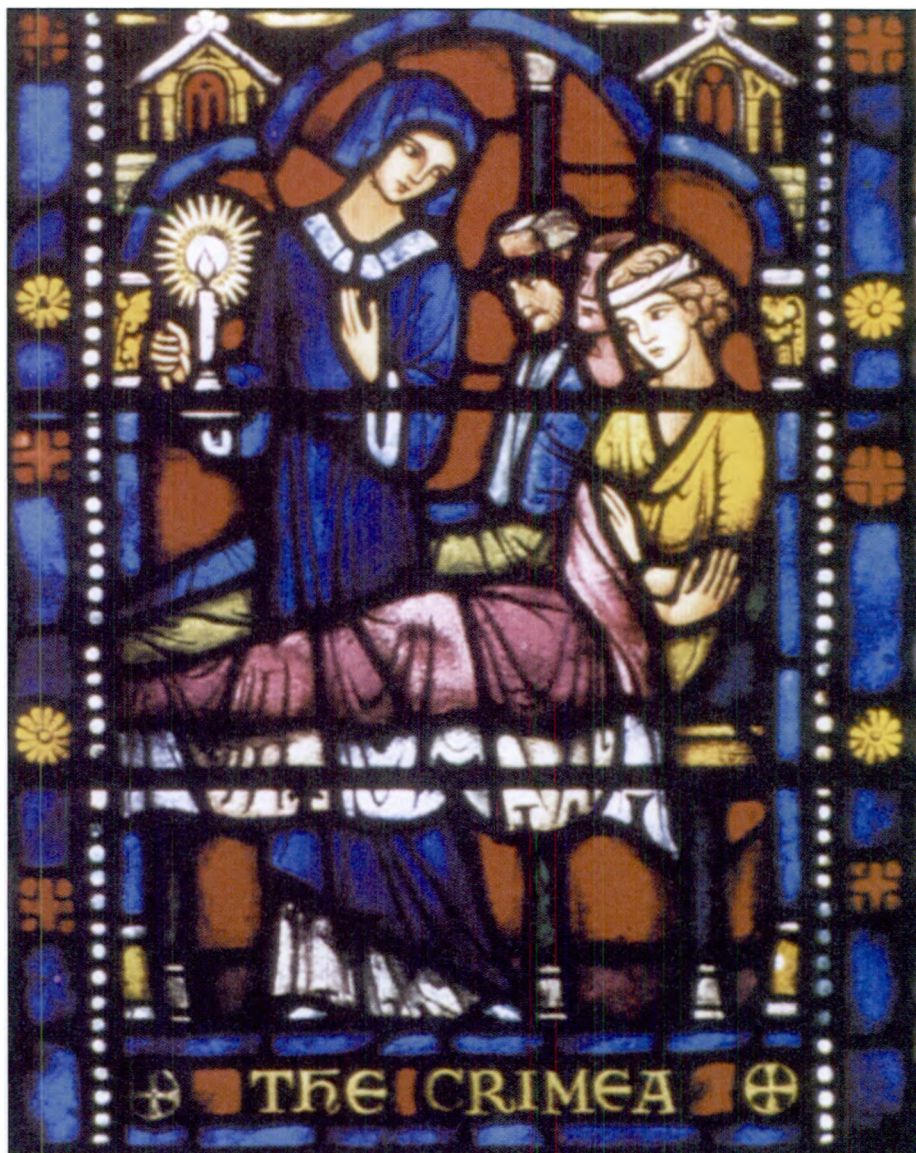
Entre otros aspectos puso de manifiesto que la enfermería se organiza y constituye como una verdadera profesión: *"...el conocimiento médico es diferente del de enfermería, como propio de una profesión"*.

Es la primera vez que se establecen sus objetivos y finalidades centrales: cuidado del enfermo, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud.

En cuanto a su teoría sobre la enfermería, queda en clara evidencia su creencia de que las malas condiciones ambientales son causas múltiples de la enfermedad. De ahí que ponga tanto énfasis en la observación de los síntomas y las posibles causas ambientales. Sus escritos son realmente de gran relevancia actual para la enfermería y también para otras profesiones, sobre todo lo referido a prevención y rehabilitación. Da importancia al aprendizaje sustentado en un cuerpo de conocimientos, pero valorado en base a los resultados obtenidos según la situación experimentada por cada uno.

Cuando decimos que Florence estableció el primer paradigma de enfermería, nos valemos de su concepto sobre la profesión naciente y sobre el cuidado del paciente. Su teoría pudo ser cuestionada en épocas posteriores pero nadie, antes de ella, planteó esos interrogantes o cuestionamientos. Sobre este punto escribió: *"Yo utilizo la palabra enfermería a falta de otra mejor. Se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas, pero debería significar el uso apropiado de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, la selección de la dieta y su administración y con el menor gasto de energía para el paciente"*.

Cree en el proceso reparador que ha instituido la naturaleza *"que nosotros consideramos enfermedad y que esto ha ocurrido por falta de conocimientos o de atención (...) La finalidad de enfermería debe propender, como arte, a favorecer el proceso reparador de la naturaleza"* a través de acciones múltiples y diferenciadas según la situación de cada persona o institución. Las *"enfermeras no son siempre las responsables de la evolución de los enfermos"*. En el tratamiento y restablecimiento del enfermo, así como en la prevención de las enfermedades, intervienen múltiples factores, tales como las condiciones de salubridad, las edificaciones, la administración y otros que inciden directamente en la posibilidad de lo que las enfermeras puedan o no realizar.



Ventanal Nightingale. Catedral de Washington. Washington D.C. (Tomado del libro *Historia de la Enfermería*, de Patricia Donahue.)

Afirma que “los verdaderos elementos que constituyen la buena enfermería son tan poco comprendidos para los sanos como para los enfermos”. “...las mismas leyes de salud o de enfermería, porque en realidad son las mismas, valen para el sano como para el enfermo”.

Notas sobre Enfermería... debería ser objeto de estudio por parte de todas las enfermeras, ya que allí encontraremos los primeros conocimientos sobre el “*arte de enfermería*”.

Florence Nightingale fue una excepcional mujer, elaboró las bases de la enfermería moderna, creada a través de sus estudios, de su experiencia, de su alta capacidad intelectual, de sacrificio y de su vocación por contribuir al bienestar social. No entraremos a analizar los distintos capítulos de su libro porque, felizmente, el texto ha sido traducido y se encuentra al alcance de los lectores, en particular en la Biblioteca de la ex Escuela Universitaria de Enfermería, actual Instituto Nacional de Enfermería, asimilado a Facultad. Esto no ocurre con otros materiales que, con los avatares de la enfermería uruguaya, especialmente en el periodo 1974-1985, se extraviaron de la biblioteca de la mencionada institución.

Reiteramos que este libro debería ser objeto de consulta por parte de los estudiantes del curso básico de enfermería, por enfermeras que nunca lo leyeron, por estudiantes de cursos para graduados; no sólo a título de información, sino también de análisis, confrontándolo con la evolución de la enfermería, considerando la época en que fue escrito, con las múltiples teorías posteriores y con las que siguen surgiendo a fines de nuestro siglo.

6.4 LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE SANTO TOMÁS

La creación de la Escuela de Enfermería en el Hospital de Santo Tomás de Inglaterra, en 1860, fue otra de las iniciativas de Florence Nightingale. Recordemos que para ese entonces ella sufría las consecuencias de la enfermedad contraída en Crimea, que le dejó secuelas físicas y la supeditó a un sillón de ruedas. A pesar de ello, prosiguió trabajando con el objetivo de mejorar la enfermería en su país, como medio de poder brindar una mejor atención a los enfermos. No bastaba la remodelación de los hospitales; había un contenido básico que faltaba: la capacitación del personal de enfermería.

Cuando Nightingale regresó de Crimea, se programó un recibimiento con honores, como reconocimiento de su labor en los hospitales militares en pro de la atención de los soldados. Por su estado de salud eludió este recibimiento, pasando inadvertida. También recibió una invitación de la reina Victoria, que deseaba conocerla y le otorgó la Cruz de San Jorge, símbolo real de Inglaterra. Este reconocimiento honorífico se acompañó de la entrega de un monograma real que tenía una corona de diamantes con la inscripción “*Bienaventurados los caritativos*”. Otro homenaje tuvo lugar en Londres el 20 de noviembre de 1855: el pueblo inglés en general, personas importantes y también soldados, habían reunido dinero para crear el “Fondo Nightingale”. Esto se convirtió posteriormente en la Fundación Florence Nightingale, organización particular que actualmente subsiste y realiza o apoya proyectos relacionados con la enfermería, vinculándose con el Consejo Internacional de Enfermeras y otras organizaciones internacionales, respaldando trabajos comunes que promuevan el avance de la profesión.

El fondo económico creado por el pueblo británico contribuyó a que pudiera fundarse la Escuela de Enfermería de Santo Tomás. Dicha escuela se propuso formar un “*grupo superior de mujeres*” que pudieran aprender el arte de la enfermería para luego expandir su acción a otros países del mundo; ideal que fue alcanzado, ya que las egresadas de dicha escuela actuaron en diferentes países como directoras o asesoras en la creación de escuelas de enfermería. Entre esos países podría encontrarse el nuestro.

La primera escuela de enfermería de Uruguay, llamada Escuela de Nurses, fue inaugurada en enero de 1913 y tuvo como docentes a cinco enfermeras o nurses provenientes de Inglaterra.

La escuela modelo fundada en 1860 por Florence Nightingale en el Hospital de Santo Tomás tenía –entre otras– la particularidad de haber elegido ese hospital por sus condiciones favorables para la enseñanza: singularidades edilicias, sus servicios, la disponibilidad de materiales y la organización general del mismo y de enfermería en particular.

Debido a sus limitaciones físicas no le era posible hacerse cargo de dicha escuela, por lo que selecciona a una persona que había oficiado de enfermera junto a ella en Escútari y que, además, desempeñaba el cargo de “matron” (superintendente) en dicho hospital. Designa a Sara Wardroper como directora de la escuela, con la anuencia y contratación de la Comisión del Fondo Nightingale. Pero el plan de estudios y las bases de funcionamiento de la escuela estaban a cargo de Florence.

Las características más sobresalientes de la Escuela de Enfermería de Santo Tomás

- Selección de estudiantes. Estas debían ser de sexo femenino, con buen nivel de instrucción y tener entre 18 y 35 años de edad. La aspirante tenía que llenar un formulario de inscripción, que era estudiado por la “matron”.
- La dirección de la Escuela estaba a cargo de la “matron” superintendente del servicio total de enfermería del hospital.
- La enseñanza estaba a cargo de las “sisters” (hermanas) encargadas de las salas de hospital. Estas dependían de la matron y eran enfermeras laicas.
- El plan de estudios comprendía dos aspectos, el teórico y el práctico. La enseñanza teórica tenía un año de duración. Se impartían conocimientos de enfermería y de ciencias básicas, a cargo de las “sisters” y médicos conferencistas.
- Las estudiantes debían cumplir un período de prueba de tres meses para poder proseguir los estudios.
- La enseñanza teórica se combinaba con prácticas en las salas del hospital.
- Los estudiantes debían llevar un registro preciso de la observación y atención que brindaban a los pacientes. Las notas de registro

tenían que ser presentadas como documentación del aprendizaje en el momento de los exámenes.

- El aprendizaje se completaba con la actuación de las estudiantes, trabajando como asistentes de enfermería en las salas del hospital.
- Era imprescindible vivir en la residencia o internado. La residencia se consideraba formativa; la misma estaba ubicada en una parte específica del hospital, acondicionada especialmente; brindaba confort, disponía de cuartos individuales, sala de recreación y de descanso. Existían además habitaciones especiales para la encargada de la residencia estudiantil, la que se llamaba “home sister”.
- Las estudiantes disponían de días de asueto (o lo que en nuestro medio se denominó “días de salida”, perdurando esto en Uruguay hasta pasada la primera mitad del siglo XX). No les estaba permitido salir solas, sino acompañadas de otra alumna.
- Se daba mucha importancia a la disciplina. Existía un régimen de vigilancia bastante estricto a efectos de conservar el prestigio institucional. De esta forma, además, se aseguraba a los familiares que sus hijas eran bien cuidadas. Acotamos que en esa época todavía estaba arraigado en ciertos grupos sociales, y en ciertos grupos médicos, el concepto de enfermera que había existido durante el llamado “período de oscurantismo”, cuyos vestigios aún subsistían en algunos hospitales civiles y en los países en que no se había introducido el cambio general en la formación del personal que cuidaba del enfermo.
- Un sacerdote daba dos sermones semanalmente.
- Las estudiantes debían pagar cierta suma de dinero para su pensión y uniforme. La escuela recibía dos clases de estudiantes: las de clase alta que pagaban matrícula anualmente, y otro grupo exento de este pago, seleccionado por sus características personales. Las eximidas de pago, al aprobar el primer año de estudios debían proseguir sus prácticas durante tres más. Las que costeaban sus estudios lo hacían por dos años. Las que no pagaban cumplían esos tres años desempeñando funciones en el hospital y recibían cierta remuneración financiada por el mismo, ya fuera en el Hospital de Santo Tomás o en otro designado por la Comisión del Fondo Florence Nightingale. Para este año extra se elegían hospitales y éstos se comprometían a enviar informes sobre la actuación de las enfermeras, quienes cumplían jornadas de diez horas diarias de trabajo supervisado. La Comisión del Fondo Florence Nightingale, al egreso, se preocupaba de encontrarles un empleo, esencialmente en hospitales municipales.
- En la formación de las enfermeras no se hacía distinción religiosa o sectario-religiosa, lo que se ha considerado como el inicio de la secularización de la profesión.

Al inicio, en la Escuela de Santo Tomás ingresaron 15 estudiantes. Durante veinticinco años la “matron” Wardroper se desempeñó como di-

rectora y en ese lapso egresaron 500 enfermeras, de las cuales 50 pertenecían a las que pagaban sus estudios (clase alta). Todas las egresadas encontraron empleo y comenzaron a trabajar inmediatamente en diferentes hospitales y países. El número de graduadas llegó a ser alto, un promedio de 20 por año, lo que es exitoso para la época, si consideramos los requisitos de ingreso, exigencias y circunstancias valorativas de la sociedad.

La Escuela de Santo Tomás se basaba en una doctrina proveniente de la experiencia de Florence Nightingale en el Instituto Kaiserswerth –que sustentaba un enfoque religioso e impulsaba el trabajo arduo de las diaconisas–, así como en un enfoque militar referido a la disciplina en los hospitales de Escútari y en el sello social de la aristocracia británica, que imperaba en su propia familia y sus amistades.

La egresada perteneciente a clases altas –“lady nurse”– realizaba tareas de supervisión, enseñanza y divulgación de los principios defendidos por Nightingale; las “nurses”, de bajo nivel socio-económico, eran las que se encargaban del cuidado directo del enfermo en el hospital. La jerarquía, apoyada en la división de clases, se mostraba en la propia organización de la enfermería. La “matron” se erigía como autoridad superior y de ella dependían las “sisters”, quienes a su vez eran las supervisoras de las “nurses”, encargadas de la enseñanza de los estudiantes, y las “home sisters”, encargadas de la supervisión de la residencia.

La “matron” tenía la jefatura tanto en materia de enfermería como en lo relativo al hospital y los servicios integrados al mismo.

A nuestro modo de ver, es justamente durante el tiempo transcurrido entre la obra en Kaiserswerth con el Instituto de las Diaconisas y el comienzo de la Escuela de Santo Tomás que la enfermería se convierte en un quehacer eminentemente femenino. Hasta entonces no se priorizaba tanto el trabajo de enfermería como algo exclusivo de la mujer. Este hecho perduró por años y en distintos países; con gran arraigo tradicional en Uruguay.

6.5 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Volviendo a los cambios de la enfermería en Inglaterra, en 1861 surgió la iniciativa de crear la formación de la enfermera comunitaria; necesidad planteada por William Rathbone, un rico industrial de Liverpool.

Rathbone había tenido familiares enfermos en su hogar y experimentado la carencia de personal preparado para cuidarlos a nivel domiciliario. Solicita entonces a Florence Nightingale enfermeras capacitadas en este aspecto, una suerte de enfermeras comunitarias. Florence había incluido este aspecto como uno de los objetivos de sus planes, ya que tenía como referencia lo visto en el desempeño de las Hermanas de Caridad. No puso en práctica este plan porque no percibía posibilidades de empleo en esta área.

Rathbone se proponía iniciar en Liverpool una enfermería dirigida a la atención de los pobres en la comunidad. Al no disponer de enfermeras convenientemente formadas en ese aspecto, ella le sugiere crear una Enfermería Real en Liverpool, similar a la Escuela de Santo Tomás, pero incluyendo capacitación especial para la atención de enfermos en el hogar.

En 1862 Rathbone logra, con su propio peculio, crear la escuela propuesta por Florence, contando con la ayuda de enfermeras graduadas en Santo Tomás, quienes siguen los lineamientos de ésta e incluyen prácticas en los hogares de enfermos pobres. En los 18 distritos de Liverpool se organizó lo siguiente: una enfermera graduada de la Escuela de Florence Nightingale dirigía la práctica; trabajaba con un grupo de damas voluntarias, visitadoras de los enfermos en sus hogares. Rathbone también seguía muy de cerca el trabajo de los grupos de cada distrito.

Tales hechos encuentran repercusión en Londres, donde se estructuró la atención hospitalaria municipal y comunitaria por distritos. Comenzó la enseñanza formal sobre enfermería comunitaria, como algo nuevo en Inglaterra, considerándosela como una especialidad. Se incorpora la enseñanza de enfermería sanitaria, aunque a ésta sólo podían aspirar mujeres casadas y de clase alta, ya que las de otros estratos carecían de la preparación suficiente para leer y escribir. Con esta iniciativa de Rathbone y con la expansión de su obra, comienzan a reorganizarse aquellas instituciones que albergaban a enfermos pobres y que no habían evolucionado al mismo ritmo que lo hacían otras. Tanto Rathbone como Florence continuaron buscando caminos para cambiar esta situación.

Ambos lograron trabajar conjuntamente y, en forma gradual, obtuvieron éxitos en sus gestiones, venciendo los obstáculos que a menudo se les presentaban.

La formación de la enfermera en materia de atención comunitaria fue progresando en su concepción, objetivo y métodos. Es de señalar que recién en 1934 el Consejo Internacional de Enfermeras propuso para los programas educativos de las escuelas de enfermería dos grandes áreas: la acción curativa y la educación preventiva.

A pesar de que la enseñanza de enfermería en Uruguay se inicia en 1913 con la Escuela de Nurses, la formación en el área de enfermería comunitaria como aspecto integrante del plan de estudios de pregrado no aparece sino hasta 1950, año en que comienza a funcionar la Escuela Universitaria de Enfermería.

Sumado a lo dicho, debemos recordar que la Escuela de Enfermería de Santo Tomás era una escuela hospital. Este modelo, que se reprodujo en buena parte del mundo y por mucho tiempo, tenía como principal finalidad brindar servicio y, secundariamente, la docencia para formar personal capacitado.

Al respecto, Nutting y Dock dicen (1912, v. 3): *"...el progreso de la educación de enfermería centrado sobre bases eficientes se retardó por el hecho de que las instituciones formadoras no estaban controladas por enfermeras docentes sino por los comités administrativos de los hospitales, los que son pri-*

mordialmente nombrados o elegidos por su habilidad para dar, obtener y administrar los fondos necesarios para el mantenimiento del hospital. Por lo general los miembros de un comité hospitalario no poseen el conocimiento especial que les permita dirigir eficientemente la educación de enfermería. De la misma forma el Fondo Florence Nightingale de Santo Tomás se integraba totalmente con hombres y ninguna enfermera convenientemente entrenada tuvo un lugar por encima de ellos. Lo mismo podemos transferir a otros hospitales que poseen los llamados comités de enfermería. Respecto a las escuelas de medicina, conectadas con hospitales, no sucedió lo mismo que en enfermería”.

FLORENCE NIGHTINGALE Y EL JURAMENTO ÉTICO

Es muy común escuchar la afirmación de que este primer código ético fue escrito por Florence, aunque en realidad no fue ella su autora. Esta aclaración aparece en el libro *Dilemas de las enfermeras; consideraciones éticas del ejercicio de la enfermera profesional*, editado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1977. A continuación transcribimos lo que aparece en la publicación recién mencionada:

“Juramento para enfermeras Florence Nightingale

Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente. Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier sustancia o producto que sea perjudicial para la salud.

Haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes.

Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado”.

Al pie de este juramento la publicación de referencia acota lo siguiente: *“El Juramento Florence Nightingale fue redactado por una comisión especialmente nombrada por el Colegio Farrand del Hospital Harper, de Detroit, en el año 1893. Se decidió darle este nombre porque él simboliza la enfermera ideal”.*

Como vemos, fueron las enfermeras americanas las redactoras de este primer código ético de nuestra profesión.

Desde la creación del Consejo Internacional de Enfermeras (1899) los códigos de ética en enfermería han ido evolucionando y siendo revisados por la citada organización. El último fue elaborado en 1973.

Con posterioridad otros organismos internacionales de enfermería, así como asociaciones gremiales y/o colegios de distintos países, tomaron como base el código de 1973 y han ido gestando otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Cook E. *The life of Florence Nightingale*. Buenos Aires: Losada; 1957.
- Donahue MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1985.
- Jamieson E, et al. *Historia de la enfermería*. 6ª ed. México: Interamericana; 1968.
- Nightingale F. *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat; 1990.
- Nutting MA, Dock LL. *History of nursing*. New York: Putnam; 1912. v. 3.
- Puntel de Almeida MC. *Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática*. [Tesis Doctoral] Río de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz; 1984.
- Smith CW. *Florencia Nightingale*. Buenos Aires: Losada; 1957.
- Tate BL. *Dilemas de las enfermeras: consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería*. Ginebra: CIE; 1977.

7. PROYECCIÓN DE LA ENFERMERÍA DESDE FINES DEL SIGLO XIX HASTA NUESTROS DÍAS

La influencia de Florence Nightingale en la reforma de hospitales y de la enfermería no sólo influyó en los hospitales municipales que se extendían en Inglaterra, sino que se proyectó hacia otros países.

7.1 PANORAMA DE LA ENFERMERÍA EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS

El desarrollo de las escuelas de enfermería en Europa, así como otras conquistas profesionales, se produjeron a ritmos disímiles. En casi todos lados se siguió la huella de Florence Nightingale. En algunos países las reformas se iniciaron después de la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Desde fines del siglo XIX y aun después de la confrontación mundial, la Cruz Roja se preocupó por impulsar la formación del personal de enfermería. Como ejemplo de ello, vemos que en 1924 había más de 60 escuelas a cargo de esta institución; algunas funcionaban como escuelas-hospitales y otras anexas a universidades, siendo estas últimas la excepción. Los cursos, basados en el modelo inglés, duraban entre un año y medio y dos, y estaban dirigidos por enfermeras.

Francia fue uno de los pioneros en el progreso de enfermería, como resultado del trabajo efectuado por las Hermanas de la Caridad, orden religiosa creada por San Vicente de Paul (siglos XVI y XVII).

Si bien en Francia hubo intentos, básicamente por parte de médicos, de crear escuelas de enfermería, éstos no fueron exitosos. Se trataba de médicos que conocieron las realizaciones de Nightingale en Inglaterra, pero sus afanes fueron infructuosos al carecer de una cabal comprensión del papel de la enfermera jefe en un hospital. Fue una doctora la que logró introducir reformas en la enfermería francesa, pues siendo directora del Hospital de Bordeus, llevó a una enfermera inglesa para dirigir una escuela de enfermería en dicha institución. La escuela se llamó "Florence Nightingale" y progresó lentamente.

Durante la Primera Guerra Mundial enfermeras francesas, inglesas y norteamericanas se pusieron en contacto, lo que repercutió en un mayor entendimiento, así como en la aceptación de algunas innovaciones que, hasta entonces, habían sido rechazadas. Aparece como líder mademoiselle Chaptal, quien se preocupa y logra aumentar el número de escuelas de enfermería y mejorar su calidad, estableciendo cursos de dos años como mínimo. En 1923 fundó y presidió la Asociación Nacional de Enfermeras Francesas.

Como vemos, la enfermería sigue el modelo inglés creando escuelas-hospital. En Francia el avance de la profesión surge en el siglo XX. Su desarrollo fue importante para la época, ya que eran enfermeras las que dirigían la enseñanza; crearon la Asociación de Enfermería y la Asociación de Socorro para los Heridos de Guerra; publicaron trabajos sobre ética profesional y también algunas revistas.

Ya se ha señalado el sitio de privilegio que ocupaba en Alemania la evolución de nuestra disciplina con la creación del Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, donde Florence Nightingale obtuvo su principal entrenamiento.

La fundación de la Cruz Roja Internacional por iniciativa del suizo Henri Dunant marcó un momento muy importante en la evolución de la enfermería. En el marco de la guerra por la unificación italiana en que Piamonte, auxiliada por Francia, se enfrentó a Austria, Dunant constató personalmente la gran cantidad de soldados muertos y heridos de guerra como consecuencia de la cruenta batalla de Solferino (1859) y la carencia de medios para su atención. Impresionado por la situación de los heridos de guerra, en 1863 presentó un plan a la Sociedad de Utilidad Pública en Ginebra. El 22 de agosto de 1864, tras arduas gestiones, Dunant logra que doce gobiernos firmaran lo que hoy se conoce como "Convención de Ginebra". Este documento contiene los principios básicos para la atención de los enfermos y el uso de un emblema único: una cruz roja sobre fondo blanco.

Esta Cruz Roja, con los principios solidarios de Dunant ("*todos somos hermanos*"), comienza a tener ramales en distintos países de Europa y de América, y va tomando protagonismo en la formación de enfermeras, ayudando a través de cursos especiales e impulsando la fundación de escuelas de enfermería. Las asociaciones nacionales de la Cruz Roja con el tiempo se transforman en el organismo internacional que continúa su labor hasta nuestros días.

En 1886 un importante hospital de Berlín, el Victoria House, envió a su enfermera en jefe a la escuela de Florence Nightingale y también lo hicieron otros hospitales.

Los cursos de la Cruz Roja se iniciaron en Alemania y al principio tenían un año de duración; en 1920 se extienden a dos años como mínimo. En 1924 ya hay más de 60 escuelas a cargo de Cruz Roja Alemana. Todos los hospitales municipales contaban con una de estas escuelas y tres de ellas funcionaban anexas a las universidades. El último extremo anotado va pautando una importante tendencia a vincular la formación con un nivel universitario.

También data de este período la creación de la Asociación Nacional de Hermanas Independientes, gestada por la Cruz Roja -sin ser ésta una entidad religiosa-; la publicación de una revista de enfermería y la reivindicación del caso frente al horario excesivo que cumplían las enfermeras.

En la Península Itálica la primera escuela se fundó en Nápoles en 1896. Su desarrollo resultó difícil por el concepto que por entonces primaba en la

sociedad respecto a enfermería. Ese contexto adverso cambia cuando una enfermera egresada en Hamburgo publicó un estudio sobre la situación del servicio de enfermería en Italia, haciendo notar las deficiencias de los hospitales y sugiriendo medidas para la corrección de los problemas de atención del enfermo.

La mencionada publicación despertó interés público y el Papa Pío X exhortó a las religiosas, que eran quienes estaban a cargo de los hospitales, a prepararse para las funciones que cumplían. El Papado creó una escuela de enfermería con la finalidad de capacitar al personal eclesiástico a tales efectos.

A principios de siglo (1910) una enfermera escocesa –que se destacaría por el fervor que puso en lograr cambios sustantivos en la enfermería italiana– funda la segunda escuela en Roma, contando con el apoyo de la reina Elena. Para su dirección posterior se contó con una enfermera inglesa.

Por su parte, la Cruz Roja Italiana fundó escuelas en varias ciudades de Italia y contribuyó a promover leyes que favorecieran el trabajo de las enfermeras y a iniciar el desarrollo en el área de la salud pública.

Estas conquistas se dan entre los años 1920 y 1937, período en el cual la presidente de la Cruz Roja Italiana asumió un papel protagónico.

Tempranamente se ponen en marcha cursos de posgrado. La preparación de las religiosas italianas en las escuelas de enfermería resulta sumamente importante, ya que eran ellas las que estaban a cargo de la dirección de los hospitales.

En Uruguay, en la década del 40 tuvimos oportunidad de conocer y tener en uno de nuestros hospitales públicos, el Hospital Pasteur, a una de estas religiosas quien, actuando como tal, también desempeñaba funciones como enfermera jefe en el servicio de urología. Por ese entonces era la única religiosa que, además de realizar tareas en un hospital, poseía una preparación especializada en enfermería. Por su formación contribuía honoraria y espontáneamente en nuestra enseñanza clínica. Era de origen francés y graduada en una escuela europea.

No olvidemos que en esa época las religiosas en Uruguay eran las encargadas de custodiar stocks de ropa, materiales y equipos para el cuidado de los enfermos, en hospitales públicos y privados; eran ellas quienes entregaban a las “nurses” u otro personal de enfermería las llaves de las vitrinas con medicamentos, etcétera.

En 1913 se inicia en Austria una escuela de enfermería ligada a la Universidad de Viena. El número de escuelas en este país se acrecentó al finalizar la Primera Guerra Mundial.

En Dinamarca la preparación de enfermeras comenzó tempranamente, en el año 1863, con la fundación del Instituto de Diaconisas de Dinamarca, ramal del de Kaiserswerth. En sus orígenes la formación en ese país era muy modesta; el instituto estaba dirigido por “sisters” y su acción continuó hasta principios del siglo XX.

En 1876 un hospital municipal ubicado en la capital realizó una serie de transformaciones en su propio seno, siguiendo el modelo británico. En

el mismo año se funda en Copenhague la “*sociedad para la atención de enfermería del enfermo y el herido de guerra*”, lo cual dio origen a la Cruz Roja de Dinamarca.

En 1883 una enfermera entrenada en el Hospital Municipal de Copenhague realiza una estadía en el Hospital Santo Tomás de Inglaterra; allí toma conocimiento de la enseñanza que se daba a las enfermeras en la escuela Nightingale. Se inicia así la primera escuela, siguiendo el modelo inglés de escuela-hospital.

En 1889 se funda la Asociación de Enfermeras, la que se convertiría en un fecundo foco de avances para la profesión, constituyéndose en una de las primeras asociaciones de enfermería que comienza a funcionar con normativas para lograr la calidad de socia de la misma. También en 1889 la enfermería pasa a integrar el movimiento femenino y nombra una delegada al Congreso Internacional de la Mujer realizado en Londres.

En Suecia la formación de enfermeras estaba a cargo del Instituto de Diaconisas, que funcionaba desde 1851. En 1880 la reina Sofía crea una escuela de enfermería que comenzaría a prestar funciones cuatro años más tarde, bajo la égida de la Cruz Roja, pero dirigida por una graduada de la Escuela de Santo Tomás de Inglaterra. Se contó, además, con la ayuda de la Cruz Roja Sueca.

Al igual que en los otros países europeos, la Cruz Roja tuvo en Noruega un papel importante en la formación del personal y en las reformas hospitalarias. Sus cursos –de los cuales el primero fue en 1894– eran, por lo general, de un año o un año y medio de duración. Posteriormente se producen reformas, asimilando el modelo británico y extendiéndose su duración a tres años.

La formación de enfermeras de Finlandia comenzó en 1867, a cargo de la Casa de las Diaconisas, que era un ramal de Kaiserswerth. Esta influencia continúa hasta 1892. En 1893 se iniciaron los cursos anexos a clínicas universitarias bajo la dirección de enfermeras que habían estudiado en la Escuela de Santo Tomás.

Cinco años más tarde se fundó la Asociación de Enfermería de Finlandia. En 1906 comienza a funcionar la primera escuela hospital según el modelo inglés.

En el caso de Holanda, el panorama se caracteriza por haber mantenido un buen nivel de atención de enfermería hospitalaria y domiciliaria a cargo de religiosas católicas, recibiendo además, grupos de diaconisas protestantes. En 1874 la Cruz Roja promovió la iniciación de una escuela de enfermería, lo que redundó rápidamente en un mejoramiento de la profesión.

Se enfrentaron a la excesiva autoridad de los médicos y de administradores de hospitales –que junto con las autoridades– tenían a las enfermeras bajo rigurosa subordinación, con horarios excesivos de trabajo y oponiéndose a que se les diera una preparación específica, con una visión peyorativa de la profesión.

Otra tendencia que se observa desde finales del siglo pasado lo constituye el hecho de que los distintos tipos de personal que desarrollaban

tareas de enfermería se unieran en asociaciones para defender sus derechos. Estas asociaciones convergían en una Federación Nacional de Enfermeras, debido a que existían escuelas dirigidas por enfermeras inglesas y otras a cargo de las Beguinas, ambas con sus respectivas asociaciones. Publicaron libros para enfermeras, dictaron cursos para graduadas y colaboraron estrechamente con la Cruz Roja.

En Bélgica se mantuvo el servicio de enfermería a cargo de religiosas y de las Beguinas hasta comienzos del siglo XX. La primera escuela de enfermería fue organizada y dirigida por una enfermera inglesa, la que logró el apoyo de médicos. Trabajó con ahínco por el avance de la enfermería en Bélgica, pero su obra se vio trágicamente cercenada: fue fusilada por el ejército alemán durante la Primera Guerra Mundial, a causa de haber prestado auxilio a dos heridos que revestían la calidad de prisioneros de guerra.

Suiza fue el país donde se fundó, en 1859, la primera escuela financiada con fondos propios. No obstante esto último, por el hecho de que estuviera regida por médicos que desconocían la doctrina de la reforma educativa inglesa no se lograron avances mayores. Fue la Cruz Roja quien, posteriormente, introdujo cambios y procedió a la fundación de otras escuelas e inició cursos para graduadas.

7.2 INFLUENCIA DEL MODELO NIGHTINGALE Y DESARROLLO POSTERIOR EN CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS

Canadá

Fueron los colonizadores de origen francés quienes crearon los primeros hospitales en América del Norte. En Canadá estos hechos ocurrieron en Quebec y Montreal –ambas pertenecientes a colonias francesas–, aunque sin el personal ni los recursos materiales que permitieran atender satisfactoriamente a los enfermos y enfrentar las, por entonces, tan frecuentes situaciones de epidemia.

En 1658 se construye el Hotel Dieu de Quebec y en 1644 se había creado el Hospital de la Provincia de Montreal. En la fundación de este último se destacó la figura de Juana Mance, una mujer de alto nivel educativo que pronto se dirigió a Francia solicitando ayuda económica, ya que las hermanas religiosas debían encarar muy serias dificultades por falta de recursos y personal idóneo. Francia respondió a las demandas canadienses enviando solamente tres hermanas de la Orden de San José y a Hermanas de la Caridad quienes, por su escaso número y preparación, pasaron a trabajar con otras órdenes religiosas –las Hermanas Cinzentas– y con organizaciones misioneras. Mance siguió desempeñándose en el cuidado de los enfermos hasta 1659.

Durante el siglo XVII Canadá pasa a ser colonia británica y, en ese contexto, aparecen hospitales municipales con enfermeras sin formación.

El principal asentamiento de los ingleses fue en Ontario y, si bien en 1864 se proyectó crear una escuela de enfermería, la idea no prosperó.

En 1875 el Hospital General de Montreal solicita a Inglaterra la colaboración de Florence Nightingale para crear una escuela.

En 1881 se crea la Escuela de Enfermería de Toronto, en la Provincia de Ontario, al frente de la cual se designa a una diplomada de la Escuela de Bellevue (Nueva York).

En el progreso de las escuelas de enfermería canadienses debe subrayarse la participación tanto de enfermeras laicas como religiosas (las Hermanas Cinzentas y las de San José, que dirigieron institutos de formación en Ottawa y Montreal, respectivamente).

Enfermeras representantes de Canadá fueron miembros fundadoras del actual Consejo Internacional de Enfermeras en 1899.

En 1914 surgen leyes a fin de regular la certificación de la formación de enfermeras, hecho que consideramos de gran importancia.

Desde 1924, y hasta nuestros días, editan la revista "Canadian Nurse", órgano oficial de la enfermería canadiense, de muy valioso contenido, y que ha sido incorporado en las bibliotecas de enfermería de diversos países, entre ellos Uruguay, desde la iniciación de la enfermería universitaria.

Las escuelas de enfermería de ese país van creciendo cuantitativa y cualitativamente. Ya en 1901 los programas incluyen salud pública, realizando actividades domiciliarias. En 1909 tenían 70 escuelas con cursos de dos y tres años de duración. Dichas escuelas pasan tempranamente a ser universitarias, convirtiéndose muchas de ellas en facultades de enfermería. Antes de pasar a la reseña de las causas de este fenómeno queremos anotar que en 1929 se crea la Asociación Canadiense de Enfermeras (Canadian Nurses Association).

En 1927 se inicia un estudio sobre la situación de las escuelas de enfermería; estudio inspirado en el Informe Goldmark de Estados Unidos de Norteamérica (sobre el que nos extenderemos al considerar ese país). Para llevar adelante el estudio de referencia se constituye, en 1930, una comisión integrada por tres miembros de la Asociación Médica Canadiense de Enfermeras: la superintendente del Hospital General de Toronto, la directora del Departamento de Formación de Enfermería y la secretaria de la Sociedad Juvenil de la Cruz Roja de Canadá. Se designa presidente de la comisión a un médico y, como asesor, al jefe del Departamento de Educación de la Universidad de Columbia Británica. El proyecto incluía el estudio de todas las escuelas y finalizó en 1931. El informe con los resultados a que se arribó fue publicado al año siguiente bajo el título "*Estudio de la enseñanza de enfermería en Canadá*" (*Survey of Nursing Education in Canada*). Se le conoce como el "Informe Weir". El informe fue financiado en un 70% por enfermería y en un 30% por los médicos.

El educador y sociólogo doctor Weir, de la Universidad de Columbia Británica, visitó los hospitales y las escuelas de cada provincia, recogiendo datos sobre aspectos económicos, sociales, sanitarios y de enfermería. Este relevamiento condujo a evidenciar una tendencia a sostener que la direc-

ción de las escuelas debía estar a cargo de “*instituciones de alta cultura*” dedicadas a educación.

Es preciso subrayar que las facultades de Enfermería de Canadá también fueron centros de formación para enfermeras de América del Sur y que las egresadas canadienses fueron asesoras, directoras y organizadoras de algunas escuelas estadounidenses y de las primeras sudamericanas durante la primera mitad del siglo XX.

Aún en nuestros días enfermeras canadienses actúan como consultoras en países iberoamericanos. Es el caso, por ejemplo, de Helen K. Mussallem, doctora en Enfermería, doctora Honoris Causa, miembro de la Orden de Canadá y miembro del Colegio Real de Enfermería del Reino Unido. Mussallem estuvo en Montevideo en 1973 asesorando a la Escuela Universitaria de Enfermería para la elaboración de un “Proyecto de Evaluación del Plan de Estudios”.

Pocos años después del “Estudio de la Enseñanza de Enfermería en Canadá” se implementan cursos a nivel de maestrías y, posteriormente, de doctorado. Esto último ocurre después de que consiguieron contar con enfermeras doctoradas en áreas afines a la disciplina propia o a su quehacer, tales como educación, filosofía y ciencias.

Estados Unidos de Norteamérica

En 1658 los colonos holandeses fundan en Nueva York el Bellevue, primer hospital que además, oficiaba como asilo. En 1731 se instala en Filadelfia una casa que recibía enfermos, huérfanos y pobres. En ambas instituciones la enfermería se encontraba en manos de personas sin preparación adecuada.

Recién en 1771 comienza a sentirse cabalmente la necesidad de disponer de personal especialmente preparado y se inician cursos de corta duración –dirigidos por el doctor Valentín Seaman– en el Hospital de Nueva York. En ellos se imparten clases de anatomía, fisiología, pediatría y obstetricia. Otros similares, también elementales, comenzaron en Filadelfia en 1861. En 1873 se gradúan las primeras enfermeras, egresadas de cursos diversos y de diferentes características educativas.

Entre 1727 y 1849 varias congregaciones católicas dirigían los hospitales, entre ellas las Ursulinas, las Hermanas de la Santa Cruz y las Hermanas de la Caridad.

Las órdenes religiosas continuaron actuando y, basadas en el modelo Nightingale, crearon escuelas de enfermería, promoviendo la formación del personal capacitado en esta área.

El período 1861-1865 está signado por la Guerra Civil, lo que, naturalmente, genera una gran demanda de atención de heridos y enfermos. Como paliativo del déficit de enfermeras surgen las enfermeras militares.

La primera escuela moderna es la respuesta a la necesidad de elevar las condiciones del Hospital Bellevue. Una comisión de mujeres preocupadas por los hospitales y la atención de los carenciados comprueba la defi-

ciente situación de aquéllos y, ante ello, busca el asesoramiento de Florence Nightingale. Recaban fondos y fundan una escuela en 1873, con la ayuda de una enfermera graduada en Londres, quien se hace cargo de la parte organizativa. Asimismo, sus acciones se concretan en la escuela de preparación profesional del Hospital Bellevue en Nueva York y en otras como la del hospital de Massachusetts, en Boston, y la de Filadelfia.

En 1879 hace su aparición la Escuela Profesional para Enfermeras de raza negra en Atlanta, Georgia, las que en virtud de la discriminación racial imperante no tenían oportunidades de formación.

Entre 1873 y 1891 en Estados Unidos y Canadá se cuenta con 17 escuelas de enfermería que seguían el modelo Nightingale y se consideraban profesionales.

También data de 1873 la publicación del primer texto norteamericano para estudiantes de enfermería.

Otros hechos de importancia ocurren al crearse, en 1882, la Cruz Roja Americana –que más tarde contribuirá al desarrollo de la enfermería– y al fundarse, en 1893, la Liga Nacional para Educación de Enfermería (National League for Nursing Education), conocida como la NLN. En 1900 comienza a editarse regularmente la revista *"American Journal of Nursing"*, que continúa publicándose y que se ha constituido en una de las fuentes del saber de enfermería a nivel mundial.

En el período comprendido entre 1884 y 1891 se detecta un enorme incremento en cuanto a la aparición de instituciones formadoras de personal de enfermería en los diferentes estados del país.

La eclosión de escuelas de enfermería, así como las de medicina, contribuye a robustecer la conciencia de la necesidad de efectuar relevamientos en los centros educativos y normalizar la enseñanza. Los primeros estudios al respecto se inician con las escuelas de medicina, a través de asociaciones de esta disciplina con el asesoramiento y apoyo financiero de la Fundación Rockefeller; en el año 1901 se crea el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica (Rockefeller Institute for Medical Research). Más tarde dicha fundación desarrolla una intensa actividad internacional.

Los estudios de las escuelas de medicina tienen como finalidad elevar y uniformizar su funcionamiento. Luego del informe de Abraham Flexner muchas escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá se ven obligadas a cerrar sus puertas por no cumplir con los requisitos estipulados en el mencionado estudio. En realidad, las dos instituciones que regulan la formación médica son el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica y la Fundación Carnegie, siendo esta última la que financia el estudio.

Un fenómeno similar al de los centros de enseñanza médica ocurre en el ámbito de la enfermería, en mérito al incremento numérico de escuelas y a que los niveles de preparación eran – pese a los esfuerzos por mejorar e iniciar en todas las escuelas el área de salud pública– muy disímiles. Como Canadá contaba con personal idóneo en enfermería domiciliaria o de salud pública, en 1902 se contrata a una de ellas para que asesore a las escuelas del estado de Nueva York en cuanto a este aspecto.

En 1907 se marca el inicio de los cursos de preparación de enfermeras docentes asistidos por el Teachers College, extremo promovido por Mary Adelaide Nutting, enfermera canadiense. Aquí cabe destacar que M. A. Nutting había actuado como directora en la primera escuela de graduados, junto con Isabel Steward, también canadiense, y que se desempeñó como secretaria. Estos hechos se enmarcan en el contexto de los cursos para enfermeras docentes y directoras de escuelas conexas a la Escuela Superior de Maestros de la Universidad de Columbia, Nueva York, desde 1898.

En la referida escuela superior se enseñaba ciencias sociales, biológicas y economía doméstica, así como otra parte específica de capacitación docente a cargo de las dos enfermeras canadienses ya nombradas. Posteriormente ambas habrán de destacarse, junto con Lavinia Dock, como historiadoras de nuestra profesión. Debe subrayarse, asimismo, que M. A. Nutting *“fue –al decir de Donahue– la primera enfermera profesora de enfermería del mundo y la primera en ocupar un sillón en una escuela universitaria”*.

Otro acontecimiento de relevancia es la incorporación de las escuelas de enfermería a las universidades, lo cual se inicia en 1909 en la Universidad de Minnesota.

En 1911 se funda la Asociación Nacional de Enfermeras (American Nurses Association, ANA), importante institución que perdura hasta nuestros días.

Como consecuencia del asesoramiento en enfermería de salud pública dado por la enfermera canadiense, sus colegas norteamericanas visitan las escuelas de los diferentes estados a fin de divulgar el informe elaborado por ella. Las enfermeras estadounidenses, muy interesadas en el mejoramiento en el área de enfermería en salud pública, crean en 1912 la Organización Nacional para Enfermería en Salud Pública (National Organization for Public Health Nursing).

Al comienzo, y como consecuencia de la falta de preparación de las enfermeras docentes y de carencias en los servicios respecto del área, los esfuerzos realizados no dieron el resultado esperado. Para cubrir tales falencias se comienza un curso en salud pública para las graduadas, y la Cruz Roja Americana, consciente de esta necesidad, colabora activamente en su instrumentación.

7.3 LA PROFESIONALIZACIÓN DEL TRABAJO

También es preciso anotar que al final de la Primera Guerra Mundial, en 1918, la Fundación Rockefeller promueve un estudio para conocer la formación de las enfermeras de los servicios hospitalarios y de salud pública o comunitarios. Para ello invita a unas 50 personas interesadas, representantes de los servicios de enfermería y de salud. Es así que en 1919 se constituye un comité permanente (Committee for the Study of Nursing Education) con el financiamiento de la Fundación Rockefeller.

Se aspiraba a que al finalizar dicho estudio se propusiera un programa para la preparación de enfermeras en salud pública. Se designó como presidente del comité a C. E. A. Winslow, del Departamento de Sanidad de la Universidad de Yale, y como secretaria y encargada de las investigaciones a Josefina Goldmark, con formación y experiencia de investigadora en el área social. El comité partía de la convicción de que el curso de tres años no era suficiente para adiestrar enfermeras idóneas en la actuación hospitalaria y en salud pública. El estudio abarcó tres áreas básicas: sanidad pública, enfermería domiciliaria y escuelas de enfermería, para lo cual se seleccionaron 23, por entenderse que eran representativas de la realidad nacional al estar vinculadas a todos los hospitales, públicos y privados, grandes y pequeños. Se contó con el apoyo de un experto en educación de enfermería y de otro en educación general.

ALGUNAS DE LAS RECOMENDACIONES PLANTEADAS EN EL ESTUDIO

- Además de enfermeras de sanidad, debían emplearse trabajadoras sociales, especialistas en nutrición, en terapéutica ocupacional, etcétera.
- Las enfermeras de sanidad, "visitadoras", habrían de cursar un posgrado de nueve meses después de su formación básica (aclaramos que se refiere a enfermeras que no habían tenido preparación en salud pública o comunitaria).
- La conveniencia de atraer al campo de salud pública a mujeres con amplia preparación cultural.
- La necesidad de incrementar los salarios de dichas enfermeras.
- Promover la profundización de la especialización en salud pública, sobre la base de una formación universitaria que asegure su capacitación para la enseñanza teórica y práctica, con suficiente basamento científico.

A fin de superar las deficiencias del proceso enseñanza-aprendizaje observadas, se indicaba:

- mejorar los planes de estudio;
- independizar a las escuelas de los hospitales;
- dotar a las escuelas de laboratorios y bibliotecas adecuadas.

Como resultado de este estudio se crea un curso para el grado de maestría en ciencias de enfermería, posterior al "Bachelor Degree", en la Universidad de Yale, en New Haven. Dicho curso es financiado por la Fundación Rockefeller. En la Western Reserve University, Cleveland, Ohio, se crea otra maestría. En ambas universidades, y como muestra de éxito, se puso en evidencia la eficacia del nivel académico universitario en la educación de enfermería.

Hacia 1929 la depresión económica de Estados Unidos también se proyecta sobre nuestra profesión, provocando un deterioro de la educación de enfermería. Los hospitales no podían costear el gasto salarial del personal; la enfermería carecía de puestos en los hospitales, que usaban a los estudiantes de enfermería como fuerza de trabajo. Se produce, entonces, otro estudio sobre la situación de nuestra disciplina. La Liga Nacional para Educación de Enfermería (NLN), la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), el Colegio Americano de Cirujanos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Americana de Salud Pública asumen de manera conjunta la realización de esta nueva investigación.

El estudio, a grandes rasgos, pone de manifiesto:

- el estado decadente en que se encuentran los hospitales;
- la falta de enfermeras graduadas en los mismos, el abuso que se hacía al tomar a los estudiantes como mano de obra y el conflicto existente entre los fines de los hospitales y de las escuelas de enfermería;
- el bajo salario de las enfermeras y el excesivo horario que los hospitales les exigían;
- el disímil nivel de las escuelas, algunas de alto nivel y otras mediores, cuya finalidad era prestar al hospital los servicios necesarios en forma barata;
- el personal docente no poseía la preparación requerida.

Como una repercusión favorable del informe final de este estudio señalamos que aquellas escuelas que no poseían los requisitos estipulados por la NLN para su funcionamiento fueron eliminadas.

En 1934 la NLN publica un nuevo estudio: *“Las escuelas de enfermería, hoy y mañana”*. Frank y Elizondo señalan que *“el problema principal de la enfermería es asegurar para cada escuela una verdadera libertad profesional sin dominio de la tesorería del hospital ni de las tradiciones de la enfermería”*. Transcriben además ocho condiciones esenciales para el buen funcionamiento de cualquier escuela profesional, aplicables a enfermería:

CONDICIONES PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE UNA ESCUELA PROFESIONAL

- “1. Cada escuela profesional de enfermeras debe ser dirigida por un cuerpo docente cuyos miembros no deben ser representativos de los grupos hospitalario y médico, sino representativo del grupo de individuos mejor preparados para servir a los intereses de toda la comunidad.
2. Cada escuela profesional de enfermeras debe tener su propio fondo económico cuidadosamente salvaguardado, como lo están los de cualquier otro departamento del hospital o de la universidad con el cual está conectada la escuela. Este fondo debe recabarse de las matrículas, de subsidios o de donaciones a la escuela.
3. Cada escuela profesional de enfermeras debe tener como directora a una persona que esté preparada como educadora y administradora, y que sea capaz, además, de trabajar en equipo y de delegar responsabilidades.
4. El profesorado de cada escuela profesional de enfermeras debe estar formado principalmente por enfermeras registradas que hayan sido graduadas en una universidad. Deben tener capacidad para enseñar y no deben asumir cargos solamente por sus habilidades administrativas, cada una debe tener alguna especialidad, además de experiencia en varios campos distintos de enfermería. Deben ser personas verdaderamente interesadas en los problemas de enfermería.
5. Aquellos miembros del profesorado que no sean enfermeras deben buscar cómo aplicar su instrucción al campo de la enfermería y tener conferencias frecuentes con los miembros que sí son enfermeras, para asegurar que sus enseñanzas sean adaptadas en forma efectiva a este campo.
6. Todos los miembros del profesorado deben estar capacitados para dar instrucciones al mismo nivel que una escuela de bachillerato.
7. Los estudiantes de una escuela de enfermeras deben ser del tipo profesional: inteligentes, con buen antecedente cultural, recto sentido de la ética profesional, salud robusta y capacidad para guiar a otros. Su trabajo debe estar graduado estrictamente como el de una alumna de bachillerato, porque se espera que al entrar a la escuela deben llegar con una sólida preparación.
8. El currículum de las escuelas profesionales debe estar planeado de manera que el curso básico lo sea para cualquier rama de la enfermería. Las tareas deben abarcar sólo aquellos conocimientos que la enfermera necesita saber. Todos los procedimientos de enfermería deben ser reexaminados frecuentemente para cerciorarse de su eficiencia.”

Fuente: Frank CM, Elizondo T. Op. cit. p. 320-321.

Podemos considerar que en 1934 comienzan los cursos de doctorado, aunque ya en 1920 hubo un primer intento con un curso en el Teachers College en Columbia University, al cual se llamó Doctorado en Formación de Enfermería. Este no prosperó porque se interpretó como una búsqueda de reconocimiento y poder de la enfermería, a la que todavía se consideraba una disciplina práctica; en otras palabras: se temió que las enfermeras constituyeran una amenaza para los médicos.

Después de los estudios precitados de 1926 y 1934 se efectúan otros en forma periódica y con la finalidad de actualizar la información concerniente a la situación de la enfermería y mejorar las condiciones de su preparación.

En 1938 se reglamenta la práctica de la enfermería para el estado de Nueva York. La normativa establecía que solamente podían ejercer dos tipos de personal: las registradas o profesionales, y las enfermeras prácticas, después del respectivo curso. A partir de este momento pasa a ser ilegal que los hospitales tomaran personal que no se adecuara a tales condiciones. Sin embargo, la carencia de personal –consecuencia del aumento de necesidades durante la Segunda Guerra Mundial– hace que se suspenda la aplicación de tal reglamentación, la que recobrará vigencia en 1949, ahora ya para todo el país.

A raíz de un estudio sobre la enfermería del futuro (1948) se establece, en 1949, un sistema de acreditación para la obtención del diploma de Enfermera y del “Bachelor Degree” como una etapa de especialización.

7.4 EL DESARROLLO DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA ENFERMERÍA

La década del 50 se caracteriza por un notable cambio, desde el punto de vista científico, en nuestro terreno. Este cambio estuvo sustentado por la realización de múltiples estudios que se vieron favorecidos gracias a:

- el desarrollo de programas de enfermería que culminaban en proyectos de investigación como requisito para la obtención del grado;
- la ANA creó la Unidad de Investigación y Estadística y un Comité de Investigación y Estudio. Hacia 1954-1955 la ANA hizo recomendaciones sobre los cursos de especialización y maestrías de enfermería, en lo concerniente a sus requisitos y organización, lo cual fue tomado por la NLN como responsabilidad propia;
- asimismo, en 1954 en la Universidad de Pittsburgh se abre un Doctorado Médico en Enfermería. Debe considerarse que por entonces las enfermeras realizaban doctorados en otros campos, como por ejemplo administración y educación;
- el apoyo creciente que se daba a la investigación y que se materializa en la publicación de revistas. En 1952 comienza a editarse “*Nursing Research*” como órgano de divulgación de las investigaciones efectuadas y, un año más tarde, se inicia la “*Nursing Outlook*”, fundamentalmente dedicada a la temática de educación de las enferme-

ras, sus tendencias y sugerencias para su mejoramiento. Ambas revistas continúan editándose y tienen importante difusión mundial, particularmente en América Latina.

- Los aportes de *Hildegard E. Peplau*, quien después de su maestría obtuvo un doctorado en Ciencias de la Educación. Con gran experiencia en hospitales generales y psiquiátricos, la autora da a conocer en 1952 *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam. Parte de conceptualizar qué es enfermería al tratar “*fases y roles en las situaciones de enfermería*”; luego trata “*influencias en las situaciones (...) antedichas, partiendo de las ‘necesidades humanas’ y cómo ellas se satisfacen*”. Posteriormente recorre “*tareas psicológicas*” y “*métodos para estudiar enfermería como un proceso interpersonal*”. Sin duda H. E. Peplau contribuye a la elaboración de un modelo integral centrado en teorías de desarrollo físico, cognoscitivo e interpersonal. De este modo la situación de enfermería se constituye en una experiencia que puede ser de mayor aprendizaje o desarrollo tanto para el paciente como para la enfermera.

Por otra parte, en el primer quinquenio de los años cincuenta proliferan los estudios sobre tiempo, funciones y actividades propias de las enfermeras en su intento de pautar los conceptos de qué es y qué hace la enfermera. Pero, sin duda, estos estudios son también expresión de la búsqueda de eficiencia derivada de la propuesta de F. W. Taylor, que comienza a gestarse en 1910 y cobra su mayor desarrollo en los años veinte, proyectando sus influencias en enfermería especialmente en la década del 50 y la siguiente. Su traslado a nivel de los servicios de enfermería se evidencia en la modalidad funcional de la división del trabajo, centrada en tareas y procedimientos y donde las enfermeras se ocupan de los aspectos gerenciales de la atención, dada la preparación que poseen, lo que les permite asumir una posición de poder frente a los auxiliares de enfermería y frente a los pacientes. Se trataba de economizar tiempo y fuerza de trabajo para minimizar costos, como ocurría en cualquier empresa capitalista de ese entonces.

Sin embargo no debemos olvidar el surgimiento de la Escuela de Relaciones Humanas de Elton Mayo, que representa en enfermería la tendencia al trabajo en equipo, con un enfoque de cuidado total y no fragmentado por tareas que efectúan diversas personas, a menudo no coordinadas entre sí. Desafortunadamente, la tendencia al trabajo en equipo, fuerte a nivel discursivo, se evidencia poco en la práctica.

La preocupación por fundamentar la enfermería en principios científicos. En tal sentido, destacamos:

- *Bertha Harmer* y *Virginia Henderson* realizan la primera edición de *Principles and practice of nursing*. New York: Macmillan; 1955. Al respecto, el Colegio Internacional de Enfermeras (CIE), con la convicción de que cualquiera sea la condición médica o quirúrgica del paciente existen principios fundamentales aplicables a cualquier situación, decide publicar el trabajo que V. Henderson preparó para el Comité de Servicios de Enferme-

ría del CIE sobre Principios básicos de los cuidados de enfermería. V. Henderson, con el grado de Maestría (magíster) actúa como investigadora asociada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale. “*Principios Básicos...*” fue traducido al español por la Oficina Panamericana de Salud (OPS/OMS), emitida como Publicación Científica N° 57 en diciembre de 1961 y tuvo una difusión inmediata en toda América Latina.

En 1966 V. Henderson publica *The nature of nursing*, New York: Macmillan. Aquí la autora sienta su modelo conceptual de enfermería. Comienza por definir la función propia de la enfermera, la cual consiste en “*atender al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible*”. Describe los cuidados básicos de enfermería aplicables en cualquier medio (hospital, hogar, industria, etcétera), después de evaluar la necesidad de ayuda de la persona para realizar sus actividades de la vida diaria tales como: respirar, alimentarse, dormir y descansar, evacuar, higienizarse, movilizarse, usar ropa adecuada según la temperatura del medio, recrearse, relacionarse con otros, etcétera.

- Otra importante manifestación de la preocupación por fundamentar los cuidados de enfermería en principios científicos y nutrirse de otras disciplinas, la que se podría considerar su máxima expresión se encuentra en la publicación de M. T. Nordmark y Rohweder, *Scientific principles applied to nursing. A reference for nurse educators*. Philadelphia: Lippincott; 1959. Esta obra tiene gran repercusión en América Latina en la década del 60 a través de enfermeras docentes y, más aún en la década siguiente, después de que la Prensa Médica Mexicana da a conocer la traducción al español de la 3ª edición en México (1970).

En este período, y tal como puede apreciarse en la obra de Nordmark y Rohweder, la enfermería basaba su acción en conceptos o principios tomados de diversas ciencias; a modo de ejemplo:

- de anatomía y fisiología vinculados a la presión sanguínea; a la necesidad de consumo de oxígeno; balance hídrico y electrolítico; pH, enzimas y hormonas; temperatura corporal; eliminación; descanso y sueño; huesos, músculos y articulaciones, etcétera;
- de microbiología relativos a la flora habitual de la piel y las mucosas, entre otros;
- de ciencias sociales, tales como lo relativo a requerimientos para mantener el equilibrio psicológico; por ejemplo, la habilidad de percibir claramente, así como de interpretar información interna y externa o de tener adecuados medios de comunicación con otros; etcétera.

Se producen importantes cambios de enfoque en la educación de enfermería derivados de la aplicación de la teoría de la administración científica de F. W. Taylor. Su influencia es perceptible en el área educativa y en la psicología.

Esta teoría trasladada a la educación ve a ésta como una inversión, evaluación costo-beneficio y se manifiesta en el discurso sobre planificación en tanto la escuela es planeada como una fábrica. El discurso pedagógico se transformó en el siglo XX, dejando de lado la pedagogía tradicional centrada en la formación para la vida, en lugar de formación para la producción y la economía. Se trata de una filosofía pragmática que confunde verdad con utilidad. Bajo esta teoría los exámenes se transforman en control del aprendizaje y no como una parte para ayudar a que el estudiante aprenda más.

- *Benjamin S. Bloom*, psicólogo de la marina de Estados Unidos de Norteamérica, es el mayor creador de la pedagogía tecnicista o conductista de la época. Utiliza objetivos para el desarrollo psicomotriz (para que el marino aprenda cómo disparar un arma) y en lo afectivo genera sentimientos de obediencia hacia los valores que enfatiza. Bloom difunde su obra, *Taxonomy of educational objectives*, a través de *Handbook I, Cognitive Domain*. New York: Mc Kay; 1956 y *Handbook II, Affective Domain*. New York: Mc Kay; 1964. La taxonomía de Bloom se expandió por Francia y España y su traslado a diversos países latinoamericanos ocurrió en la década del 60, como consecuencia de las políticas desarrollistas que tuvieron lugar en nuestros países.

Hacia el final de la década se investigan metodologías de desarrollo en planes de estudio de varias universidades, debiendo marcarse muy significativamente el papel protagónico que le cupo a la Universidad de Washington, tornándose en el centro más importante en este sentido.

- Allí se desarrolla la metodología propugnada por *Ole Sand*, director del proyecto sobre "*Investigación Curricular en Educación de Enfermería Básica*". Hay otras figuras de singular importancia que debemos mencionar: *Mary S. Tschudin*, decana de la Escuela (equivalente a nuestras facultades) de Enfermería de la Universidad de Washington; *Helen C. Belcher*, enfermera directora del proyecto, y *Leo Nedelsky*, determinando la importancia de construir el currículum partiendo de los estudios de la sociedad, la situación nacional de enfermería y las características del educando.

Esta metodología tuvo gran difusión a través de la obra compuesta por tres volúmenes (v. 1. *Ole Sand. Curriculum study in basic nursing education*. New York: Putnam; 1955, tuvo una publicación simultánea en Toronto, Canadá; v. 2. *Mary S. Tschudin, Helen C. Belcher y Leo Nedelsky. Evaluation in basic nursing education*. New York: Putnam; 1958; v. 3. *Ole Sand y Helen C. Belcher. An experience in basic nursing education*. New York: Putman; 1958).

El equipo tuvo como asesor a *Ralph W. Tyler*, quien había publicado *Basic principles of curriculum and instruction*, Chicago: University Chicago

Press; 1950. Fue igualmente importante la conferencia que ofreció en 1957, *Changing horizons in nursing education*, en la Universidad de Pittsburgh.

Asimismo, la difusión de la metodología desarrollada en la Universidad de Washington se produce como consecuencia, no sólo de las publicaciones antes mencionadas, sino también de la capacitación de enfermeras de otros países que cursaban estudios sobre pedagogía en dicha institución. Oportunamente veremos cómo esta influencia se proyectó en nuestro país.

7.5 LOS CAMBIOS EN LA DÉCADA DE LOS SESENTA

La década de los 60 llama la atención por las transformaciones que ocurren respecto del paradigma de enfermería. Esto se manifiesta en nuevos enfoques de la atención, sustentados en aspectos psicológicos y culturales, concatenados al fruto de diversas investigaciones.

Es oportuno señalar que precisamente en 1960 se inicia en la Boston University el primer Doctorado en Ciencias de Enfermería, en la rama de enfermería psiquiátrica y que, a lo largo de toda la década es constante el incremento de programas de maestrías y doctorados.

- De las investigadoras de este período deseamos recordar, al menos, dos. Una de ellas es *Fage G. Abdellah* (enfermera con Maestría en Administración y Doctorado en Educación) y sus colaboradores, con la publicación *Patient-centered approaches to nursing*. New York: Macmillan; 1960.

A nuestro entender esta obra constituye el primer intento serio, científico, de establecer una tipología o taxonomía de los diagnósticos, expresados en una “*lista de 21 problemas de enfermería*”, como punto de partida para establecer el plan de acción. De aquí en adelante, para mejorar la calidad de atención debía ponerse el énfasis en la individualización de las necesidades del paciente y éste, a su vez, tenía que ser consciente de la “*totalidad de su cuidado en forma retrospectiva y prospectiva*”. Por otro lado, la enfermera y el paciente tendrían que concebir la “*continuidad*” del cuidado, desde la prehospitalización, pasando por la hospitalización, hasta el cuidado en el hogar después del alta.

La autora analiza cómo los 21 problemas por ella definidos pueden aplicarse en programas de formación de personal de enfermería de diferentes niveles (de dos, tres y cuatro años de estudio). Esta obra constituye, también, un riguroso estudio de las interacciones entre enfermeras y pacientes.

- La otra investigadora es *Esther Lucile Brown*, Ph. D. (con formación en ciencias sociales), quien publica entre 1961 y 1964 *Newer dimensions of patient care*. New York: Russell-Sage Foundation. La obra se divide en tres partes: Part 1: *The use of the physical and social environment of the general hospital for therapeutic purposes*; Part 2: *Improving staff motivation and competence in the general hospital* y, Part 3: *Patient as people* (1961, 1962 y

1964, respectivamente). En 1961 tuvimos el honor de conversar extensamente con la doctora Esther L. Brown acerca de la naturaleza de la enfermería y recibir autografiada por ella la Parte I, que acababa de editarse.

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS), que ha cumplido y cumple un importante papel en la promoción de la investigación en enfermería, reúne en 1965 un grupo de enfermeras altamente calificadas, a fin de individualizar los problemas fundamentales que debían ser investigados.

Como dijéramos anteriormente, hay un importante crecimiento de la investigación durante toda la década. Los estudios se centran prioritariamente en la educación –tanto en los medios clínicos como en los comunitarios–, viéndose especialmente favorecidos por el Consejo Interestatal Oeste para la Educación Superior en Enfermería (Western Interstate Council for Higher Education in Nursing, WICHEN).

Digamos que en este período los resultados de las investigaciones se utilizan, sobre todo, para mejorar la calidad de la atención y la preparación de la fuerza de trabajo de enfermería en los tres niveles existentes: enfermera práctica (para nosotros auxiliar); enfermera técnica (nivel que comenzó a formarse experimentalmente en 1952, pero que se expandió recién al final de la década); y enfermera profesional (en Uruguay significa grado universitario de licenciada).

7.6 LAS TENDENCIAS MÁS RECIENTES

La década del 70 se caracteriza por un interesantísimo despliegue de marcos conceptuales, modelos y teorías de enfermería. El gran incremento de los programas de maestrías y doctorados durante dicha década y años posteriores ha promovido las investigaciones como requisito previo para la obtención de títulos. Esto requirió, naturalmente, la preparación avanzada de las enfermeras para llevar a cabo ese tipo de tarea y no quedarse limitadas exclusivamente a la formación de estudiantes de pregrado, a fin de estar capacitadas para el análisis crítico de las investigaciones.

La Comisión Nacional que la ANA y la NLN habían integrado de manera conjunta para el estudio y la enseñanza de enfermería recomienda, en 1970, realizar un mayor número de investigaciones sobre la práctica y la educación. El hecho de jerarquizar la investigación de la práctica trajo consigo innumerables investigaciones clínicas.

El desarrollo de marcos conceptuales, modelos y teorías tiene que ver con la persona y su entorno, el proceso salud-enfermedad y las intervenciones de enfermería. Constituye parte de la búsqueda de un cuerpo propio de conocimientos y de la naturaleza de la enfermería. Todo esto permitiría lograr, no sólo una mayor precisión en la especificidad de la disciplina, sino también y como consecuencia de lo anterior, mayor autonomía y poder.

Sin que sea nuestro objetivo realizar un análisis de marcos conceptuales, modelos y teorías surgidos en este período, consideramos imprescindible

ble dar una idea general de la labor de algunas de las investigadoras más destacadas de las últimas décadas.

- *Myra Estrin Levine* publica por primera vez su teoría en 1969, bajo el título *Introduction to clinical nursing*, que conocerá una segunda edición en 1973, (Philadelphia: FA. Davis).

Desarrolla sus postulados usando conceptos de psicología, fisiología, fisiopatología, microbiología y sociología. Se apoyó significativamente en la teoría de Maslow –quien concebía a las personas como seres biológicos y psicológicos– y también en Ludwig von Bertalanffy, con su visión holística del ser humano como sistema abierto que tiene “*entradas*” y “*salidas*”, en interacción permanente con su entorno y respondiendo a los cambios mediante adaptaciones. Recordemos la publicación, ampliamente difundida, de Ludwig von Bertalanffy sobre *General systems theory*. New York: Braziller; 1968.

La teoría de M. E. Levine refiere, entonces, a la dependencia orgánica del ser humano en su relación con los demás. Para ella, la enfermería consiste en una “*interacción humana*” en la que la enfermera aplica principios científicos y valora a la persona comprendida en su tiempo y espacio, establece un diagnóstico, apoya a la persona en su adaptación hacia el bienestar, actuando así con sentido terapéutico. Finalmente evalúa las acciones llevadas a cabo.

Las interacciones de enfermería para favorecer el mantenimiento o adaptación del paciente –o sea, el mantenimiento de su integridad– estaría guiada por cuatro “*principios de conservación de enfermería*”. A saber: conservación de energía, de integridad estructural, de integridad personal y de integridad social.

- *Martha Rogers*, doctorada en Ciencias, también apoya su teoría en diversas disciplinas y tiene una fuerte influencia de Ludwig von Bertalanffy. Sus trabajos son dados a conocer en 1970 bajo el título de *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: FA. Davis.

El centro de su obra se nutre de la concepción que tiene la autora del ser humano y su entorno. A modo de resumen, puede decirse que concibe al ser humano:

- como un todo unificado, un sistema sinérgico que no puede ser explicado por el conocimiento de sus partes, puesto que el todo es distinto, y más, que sus partes;
- como un sistema abierto, negentrófico, dado su alto grado de complejidad y su heterogeneidad creciente, en constante intercambio de materia y energía con su entorno, con el cual constituye un todo unificado;
- en un proceso vital que evoluciona en forma unidireccional e irreversible en un tiempo y un espacio continuos;
- con una organización y una adaptación que lo identifican de manera singular y reflejan su unidad innovadora;

- como un ser pensante, que percibe y siente, caracterizado por su capacidad de abstracción e imaginación.

M. Rogers define la enfermería como una ciencia humanista, por cuanto posee un *corpus* de conocimientos propios y tiene en cuenta a los seres humanos en tanto tales, ya se trate de pacientes o enfermeras. La autora elabora la ciencia de los seres humanos unitarios. Considera, entonces, que el objeto de la enfermería es –como viene de anotarse– el ser humano unitario y sus interacciones con el entorno. La enfermería aplica sus conocimientos para lograr el máximo de salud de los seres humanos en cualquier momento y lugar en que se encuentren y de acuerdo con las potencialidades de cada individuo, familia y grupo.

Cabe señalar que la teoría de Rogers es una de las más aplicadas en la práctica. Profundizando su teoría, en 1986 publica *Science of unitary human beings*. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts. En ella considera al ser humano y su entorno como campos de energía tetradimensionales e irreducibles.

- Callista Roy comenzó a gestar su teoría en la década del 60, pero es en 1970 cuando sale de imprenta *Adaptation: a conceptual framework for nursing*. Nursing Outlook 1970; 18(3): 42-45. También realiza otras publicaciones en Nursing Outlook en los años 1971 y 1973.

En 1974, en el libro de Riehl J. P. y Roy C. sobre *Conceptual models for nursing practice*, editado por la Appleton-Century-Crofts de New York, aparece un capítulo que sirvió de base para la exposición de su teoría en 1976: *Introduction to nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

El modelo de Callista Roy se centra en la teoría de la adaptación pues toma como base la “Teoría del Nivel de Adaptación”, de Harry Helson, fisiólogo y psicólogo, para quien adaptarse es el resultado de la respuesta a un estímulo que surge en relación con el nivel de adaptación. Dicha teoría de H. Helson ya había sido publicada en Nueva York en 1964. Sin embargo, Callista Roy sustenta su propia teoría en una investigación sobre el comportamiento de 500 pacientes.

La autora considera al ser humano y a su entorno como sistemas abiertos, siendo el ser humano el centro de atención de enfermería. Las interacciones enfermera-paciente permiten alcanzar los objetivos establecidos entre ambos.

Según C. Roy, el ser humano está integrado por cuatro subsistemas: necesidades fisiológicas, autoconcepto, desarrollo del rol e interdependencia. Su teoría se basa en una serie de premisas:

1. la persona es un ser bio-psico-social;
2. la persona está en constante interacción con el entorno cambiante;
3. al afrontar un mundo cambiante la persona usa mecanismos innatos y adquiridos, cuyo origen es biológico, psicológico y social;
4. la salud y la enfermedad son dimensiones inevitables en la vida de las personas;
5. para responder positivamente a los cambios del entorno la persona debe adaptarse;

6. *la adaptación está en función del estímulo a que la persona está expuesta y a su nivel de adaptación;*
7. *el nivel de adaptación de la persona es tal que comprende una zona que indica el porcentaje de estimulación que conducirá a una respuesta positiva;*
8. *se conceptualiza a la persona como poseedora de cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoconcepto, desempeño del rol, y relaciones de interdependencia".*

En 1984 agrega postulados de naturaleza filosófica y humanista que contribuyen a una visión holística de la persona y se produce la segunda edición de *Introducción a enfermería: un modelo de adaptación*.

- Dorothea E. Orem comienza a desarrollar su teoría en 1971, cuando publica *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill. En 1980 aparece una segunda edición y en 1985 la tercera edición. Sin embargo en 1991, si bien mantiene el título de la obra, realiza una revisión sustantiva de sus trabajos anteriores.

Cabe señalar que de los modelos y teorías de enfermería desarrollados en Estados Unidos de Norteamérica, la suya es la más difundida en el país, en Europa y en América Latina. Posiblemente esto sea consecuencia de que el modelo ha sido diseñado para aplicarlo en la práctica y porque constituye una guía clara de cómo utilizarlo en el proceso de enfermería.

Tuvo relevante influencia en Orem la teoría de acción social de T. Parsons (*The social system*. 5th ed. Free Press; 1964) y también fue notablemente influida por A. H. Maslow, con su psicología humanista que reconoce la singularidad, el valor y la dignidad del ser humano y cómo la satisfacción de necesidades permite desarrollar el potencial de autorrealización.

La teoría de D. Orem toma entonces como centro las necesidades del ser humano que están en relación con el autocuidado, definiéndose éste como *"las acciones que permitan al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos"*.

Al igual que Martha Rogers, considera al ser humano como un todo singular en estrecha interrelación con su entorno y da gran importancia a su adaptación al mundo en que vive.

Esta investigadora establece tres conceptos centrales: autocuidado, teoría de déficit de autocuidado (cuidados dependientes) y sistema de enfermería, destacando que entre estos dos últimos hay una interdependencia.

Según Orem, cuando la persona no mantiene su autocuidado sobreviene la enfermedad y la muerte, en caso de estar completamente incapacitado para realizar algunas tareas; de ahí la importancia de determinar cuándo y por qué las personas pueden ser ayudadas a través de enfermería. Desarrolla su concepción en función de los *"requisitos de autocuidado"*, relacionados con actividades diarias, cualquiera sea la edad de la persona, su nivel de desarrollo y salud y su entorno.

- Requisitos de autocuidado universales. Así llama a las actividades imprescindibles, fundamentales para vivir y sobrevivir. Tienen que ver con la higiene física y mental: aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y reposo, equilibrio entre soledad e interacción social, prevención de peligros para la vida, normalidad en relación a los demás vinculada entre otras cosas a crecimiento y desarrollo y a compartir valores.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo. Más dirigidos a etapas específicas del mismo, no sólo tendientes a sostener la vida, sino particularmente a favorecer el desarrollo; otros dirigidos a condiciones que afectan al desarrollo, como las situaciones adversas (ejemplo: malnutrición y efectos negativos de acontecimientos específicos que pueden darse, relativos a cambio socioeconómicos, fallecimientos o infinidad de otros).
- Requisitos de autocuidado en desviaciones de la salud. Están relacionados al “déficit de autocuidado”, según las limitaciones que tengan las personas. De acuerdo al análisis del déficit de autocuidado, la enfermera utilizará diferentes grados de prevención: primaria, secundaria o terciaria; vale decir: si hay déficit las acciones tendrán lugar fundamentalmente en las dos últimas. Para Orem los requisitos de autocuidado en desviaciones de la salud incluyen dos tipos: los derivados de enfermedad, accidente o incapacidad y los derivados de indicaciones médicas.

La autora hace una clasificación de las situaciones de cuidados y considera el proceso de atención de enfermería como pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta. Describe las etapas del proceso que, a su juicio, son:

- búsqueda de información y determinación de problemas;
- establecimiento de un sistema de asistencia al paciente y la familia (plan de asistencia);
- puesta en práctica, conducción y contralor de las acciones.

El paciente tiene una participación activa en todo el proceso.

- Para desarrollar su teoría, *Imogene M. King* parte de un marco conceptual que evidencia la influencia de H. Peplau, M. Rogers y, sobre todo, de Ludwig von Bertalanffy. De dicho marco surgen las guías para la práctica.

En 1971 publica *Toward a theory for nursing*. New York: Wiley. Luego, en los años 1975, 1976 y 1978, da a conocer una serie de artículos en diversas revistas de investigación en enfermería, en salud y en administración, y también en la revista de la NLN.

En 1981 se edita su obra principal, *A theory for nursing*. New York: Wiley. Desde 1984 existe una versión española de Limusa, México, lo que ha favorecido la difusión de esta teoría en España y, muy especialmente, en América Latina.

Imogene M. King considera la enfermería como un sistema abierto, cuyo

centro de atención son los seres humanos interrelacionándose con su entorno.

De manera sucinta, digamos que, para esta autora, el proceso de enfermería se basa en la comunicación y en la percepción de las relaciones interpersonales. La interacción dinámica de enfermería está compuesta por tres sistemas abiertos: personales, interpersonales (grupos) y sociales.

Tanto el paciente o cliente como la enfermera son sistemas en un proceso de acción-interacción-transacción. Entre ellos fijan sus necesidades, valores, objetivos y cómo lograr éstos. Si realizan transacciones podrán lograr las metas.

I. King desarrolló un sistema de información o Registro de Enfermería Orientado al Logro de Objetivos. Estos registros favorecen el diagnóstico: trastorno, preocupaciones que se expresan en una lista de problemas, frente a los cuales se establecen los objetivos y las metas. Ella misma operativizó los registros para aplicarlos en unidades de hemodiálisis, utilizados en conjunto con el Registro Médico Orientado a Problemas, como una forma de trabajar en cooperación. De esta manera buscó crear una estructura que promoviera la cooperación de los profesionales y favoreciera la evaluación de la efectividad de la atención.

En este recorrido nos hemos detenido más extensamente en el panorama de la historia de la enfermería en Estados Unidos, por entender que éste, más que ningún otro, marcó rumbos en el avance científico y tecnológico de la enfermería, contribuyendo en amplitud y profundidad a definir un cuerpo de conocimientos propios y a clarificar la naturaleza y especificidad de enfermería.

La proyección de la enfermería estadounidense hacia diferentes continentes ha sido por demás relevante, más allá de los muy disímiles niveles de desarrollo alcanzados por los distintos países.

- Abdellah FG, et al. *Patient-centered approaches to nursing care*. New York: Macmillan; 1960.
- Bloom B, et al. *Taxonomy of educational objectives. Handbook 1. Cognitive Domain*. New York: Mc Kay; 1956.
- ——. *Taxonomy of educational objectives. Handbook 2. Affective domain*. New York: Mc Kay; 1964.
- Brown EL. *Newer dimensions of patient care. Part 1. The use of the physical and social environment of the general hospital for therapeutic purposes*. New York: Russell-Sage Foundation; 1961.
- ——. *Part 2. Improving staff motivation and competence in the general hospital*. New York: Russell-Sage Foundation; 1962.
- ——. *Part 3. Patient as people*. New York: Russell-Sage Foundation; 1964.
- Cavanagh SJ. *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
- Cook SE. *The life of Florence Nightingale*. New York: McGraw-Hill; 1951.
- Donahue MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1985.
- Fernández Ferrín C, Novel Martí G. *El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, Masson-Salvat; 1993.
- Frank CM, Elizondo T. *Desarrollo histórico de la enfermería*. México: Sito Arte; 1966.
- Harmer B, Henderson V. *Principles and practice of nursing*. New York: Macmillan; 1955.
- Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Washington: OPS/OMS, CIE; 1961. Publicación Científica: 57.
- ——. Ginebra: Karger; 1957.
- Jamieson E, et al. *Historia de la enfermería*. 6ª ed. México: Interamericana; 1968.
- Kershaw B, Salvage J. *Modelos de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1988.
- King IM. *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. México: Limusa; 1984.
- Nelson MJ. *Utilización de los modelos conceptuales en el servicio de enfermería*. En: Riehl-Sisca. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1992. p. 19-28.
- Nordmark MT, Rohweder AW. *Science principles applied to nursing. A reference for nurse educators*. Philadelphia: Lippincott; 1959.
- Nutting MA, Dock LL. *History of nursing*. New York: Putnam; 1907-1935. 4 v.
- Paixão W. *Páginas da história da enfermagem*. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1960.
- Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam; 1952.
- Poletti RA. *Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales*. Barcelona: Rol; 1980.
- Polit DF, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 3ª ed. México: Interamericana, McGraw-Hill; 1991.
- Puntel de Almeida MC. *Estudio do saber da enfermagem e sua dimensão prática*. [Tesis Doctoral] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz; 1984.
- Riehl-Sisca J. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1992.

- Sand O. *Curriculum study in basic nursing education*. New York: Putnam; 1955. v. 1.
- ——. et al. *Evaluation in basic nursing education*. New York: Putnam; 1958. v. 2.
- ——. Belcher HC. *An experience in basic nursing education*. New York: Putnam; 1958. v. 3.
- Steele J. *Aprender a ser docentes en el mundo actual*. En: Riehl-Sisca J. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1992.
- Tyler RW. *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: University Chicago Press; 1950.

NOTA SOBRE LA AUTORA

María Rosa Parentini Tettamanti (1930-1995), oriunda de Salto, egresó de la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery en 1951; posteriormente obtuvo el título de Licenciada. Realizó su carrera docente en la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE), culminando con el grado de Profesora Titular en el hoy Instituto Nacional de Enfermería, asimilado a facultad. En su destacada actuación docente tuvo un rol fundamental en las transformaciones curriculares. Durante su gestión como coordinadora del Plan de Estudios se llevaron a cabo tres proyectos (1961, 1971 y 1993). Se capacitó en las temáticas de educación en enfermería, de la formación de los docentes y de la investigación curricular en universidades de Toronto, Canadá, y en Washington, Estados Unidos. Realizó docencia a nivel de posgrado, actuando como responsable de la mención Educación. En la formación de grado introdujo los temas ético-legales. Asimismo sistematizó las necesidades de los aspectos biológicos para el pregrado de las enfermeras, que redundó en la conformación de equipos docentes orientados hacia la pertinencia de conocimientos y pericias en estos aspectos.

Sus trabajos aportaron la aplicación de las teorías de educación actualizadas, contribuyeron a mejorar los servicios de atención y desarrollaron el campo de la ética en enfermería.

Mantuvo una profusa participación durante décadas en los órganos de gobierno en la ex EUE. Fue designada Profesora Emérita por el Consejo de Facultad de Medicina (1995) y por el Instituto Nacional de Enfermería (2000).

**Se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2002
en Gráfica Futura, Agraciada 3182,
Montevideo, Uruguay.
Depósito Legal N° 325 465
Comisión del Papel
Edición amparada al Decreto 218/96**

Historia de la Enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX recorre en forma sintética y amena los avatares de la profesión de cuidar desde sus comienzos hasta el siglo XX deteniéndose en aquellos momentos cruciales de su desarrollo. Indaga sus vinculaciones con lo religioso y lo militar, aspectos que marcan profundamente la profesión en sus etapas iniciales de construcción; analiza las transformaciones que se generan a partir de la concepción innovadora de Florence Nightingale que la convierten en un personaje emblemático de la profesión, en tanto jerarquiza los aspectos educativos y el perfil de la enfermera, abordando la influencia de su pensamiento en el mundo entero. Asimismo, se detiene en las diversas teorías que se desarrollaron especialmente en el siglo XX, haciendo aprehensible su significación y posibilitando inferir su legado en la enseñanza y la práctica de la enfermería en nuestro país.

Concebido inicialmente como parte de una obra de mayor envergadura que recorrería los avatares de la profesión también en América Latina y Uruguay, la empresa se vio truncada por el fallecimiento inesperado de la autora. El manuscrito, revisado y ordenado, respetando la orientación y el contenido de su borrador es publicado hoy como un homenaje a su autora y un aporte sustancial al conocimiento de la enfermería en su contexto social.

Esta obra, síntesis imprescindible, nos convoca a recorrer el camino de la evolución de la enfermería, destacando los aspectos educativos e identitarios que promovieron su consolidación como profesión independiente.



María Rosa Parentini (Salto 1930-1995) egresó de la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery en 1951; posteriormente obtuvo el título de Licenciada. Realizó su carrera docente en la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE), culminando con el grado de Profesora Titular en el hoy Instituto Nacional de Enfermería, asimilado a facultad. En su destacada actuación docente tuvo un rol fundamental en las transformaciones curriculares. También realizó docencia a nivel de posgrado.

Mantuvo una profusa participación durante décadas en los órganos de gobierno en la ex EUE. Fue designada Profesora Emérita por el Consejo de Facultad de Medicina (1995) y por el Instituto Nacional de Enfermería (2000).

