

## Etapa Técnica de los Cuidados de Enfermería

ETAPA TÉCNICA DE LOS CUIDADOS Ø EL MUNDO CONTEMPORÁNEO Ø NUEVA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA Ø INICIO DE LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO Ø ETAPA TÉCNICA EN ESPAÑA

ETAPA TÉCNICA DE LOS CUIDADOS · La etapa técnica de los cuidados se relaciona con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad. El concepto de salud – enfermedad en los inicios del Mundo Contemporáneo pierde la connotación religiosa que imperaba hasta entonces. El siglo XX transcurre para las enfermeras con dos presiones de significado opuesto que hacen entrar a éstas en un conflicto permanente. De una parte, la sociedad de la época espera de las enfermeras una actitud maternal y abnegada, basada en el modelo precedente. Por otra, los servicios de atención a la salud, organizados bajo patrones médicos, exigen a las enfermeras cada vez más especialización en técnicas curativas y menos preparación en la atención al enfermo como persona. Ambas influencias entran en crisis, motivada la primera por la progresiva secularización de la sociedad y de las propias enfermeras, que comienzan a desechar el aspecto vocacional en el sentido meramente religioso. Y la segunda por la dependencia de la enfermería a la clase médica, porque cada vez se hace menos cuestionable que una profesión femenina deba estar organizada y gestionada por mujeres. A pesar de estas consideraciones, en este tiempo la actividad enfermera se basa en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, como trabajo auxiliar de la medicina, siendo sus tareas más importantes y valoradas: medición de signos vitales, práctica de curas, administración de fármacos y otros tratamientos.

EL MUNDO CONTEMPORÁNEO · El Mundo Contemporáneo se enmarca en los siglos XIX y XX en los que cabe destacar la Revolución Industrial y el Movimiento Obrero. La Edad Moderna de la historia finalizó con un suceso trascendental: La Revolución Francesa (1789 – 1799), punto de referencia para una etapa de la Historia de la Humanidad denominada Edad Contemporánea. El siglo XIX constituye una etapa en la que se vivió mejor. Creció la población, el número de nacimientos fue elevado y disminuyó la mortalidad infantil. Apareció el control de la natalidad en los grupos sociales altos; por el contrario, los obreros no practicaron este control hasta bien entrado el siglo XX. Paralelamente se produjo una gran emigración, lo que favoreció que en Europa disminuyera el hambre. Del mismo modo existió la inmigración de la población de zonas rurales que, en busca de trabajo en la industria, se trasladó a las grandes ciudades, iniciándose la llamada Revolución Industrial. En la Revolución Industrial intervinieron tres factores en el fulgurante auge de la producción: - El dinero, que bajo la forma de capital, fue el motor de la industria y el principal beneficiario de las ganancias. - La ciencia tecnificada, que se inició con el sabio puro, el inventor y el ingeniero. - El obrero manual, cuyo trabajo contrató la empresa al precio más bajo posible. Surgieron de este modo dos estratos sociales bien diferentes, la burguesía, convertida en clase capitalista, y los trabajadores, que formaron el proletariado. Estos últimos fueron adquiriendo conciencia de clase y se asociaron en defensa de sus derechos, dando lugar a la creación de los sindicatos. Consiguieron la promulgación de leyes de protección social, apoyados en este empeño por los reformadores sociales. De esta forma se inició la lucha de clases. El siglo XX ha estado marcado por dos hechos bélicos: la I y la II Guerras Mundiales. A

partir de la primera, la humanidad ha conocido dos grandes revoluciones: una social y otra técnica, con las que se han conseguido mayor libertad civil y mayor justicia social. La revolución técnica ha llevado a logros importantes como el descubrimiento de la energía nuclear, de gran aplicación en diferentes campos (exploración del espacio, automatización de la vida, etc.). · Como consecuencia de la Revolución Industrial surgen el Socialismo y el Comunismo. · La incesante práctica investigadora da como resultado el desarrollo científico, repercutiendo en los avances médicos. · Fue espectacular el avance en las ciencias físicas y biológicas. · En el siglo XX se produce el descubrimiento de numerosos agentes etiológicos causantes de enfermedades infecciosas. · En la disciplina médica se inicia el descubrimiento de importantes teorías que se desarrollan a lo largo del siglo XX. · La medicina se orienta principalmente hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. · El desarrollo industrial modificó significativamente el equilibrio ecológico del hombre, apareciendo nuevos problemas de salud.

**SITUACIÓN SANITARIA** En el siglo XX la situación sanitaria fue diferente en todos los aspectos a la del Mundo Moderno, circunstancia favorecida por el desarrollo de la medicina y por la toma de conciencia, por parte de los reformadores sociales, de las pésimas condiciones de la asistencia sanitaria. Se inició la etapa de la salud entendida como lucha contra la enfermedad. El desarrollo de la bacteriología contribuyó a esta lucha, básicamente a través de la vacunación. Con el inicio de la Revolución Industrial surgió la época del hombre industrial incipiente, que cambió significativamente el equilibrio ecológico del hombre. Entre las características que interesa destacar, desde la perspectiva sanitaria, está la migración del campesino a la ciudad. Miles de personas, provenientes de zonas rurales, se instalaron en ciudades con saneamiento ambiental incompleto y deficiente. En poco tiempo, estas ciudades aumentaron la densidad poblacional, favoreciendo con ello la transmisión de enfermedades. A la enfermedad infecto – contagiosa pronto se sumaron otros problemas de salud: - Los accidentes laborales, favorecidos por maquinarias imperfectas y mano de obra no cualificada. - La insatisfacción de la producción en cadena fue origen de la neurosis. - Las dificultades de adaptación ambiental facilitaron el alcoholismo y otros tipos de enfermedades. Los hospitales de caridad se vieron desbordados con la creciente demanda, resultando incapaces de reunir los fondos necesarios para hacer frente al número de solicitudes. A esta situación se sumó el reducido número de médicos. Paralelamente, el desarrollo del método científico aplicado a la medicina supuso un aumento importante de los conocimientos médicos, consecuencia de la mayor eficacia en los métodos y equipos de diagnóstico y tratamiento. Estas ventajas trajeron consigo el aumento del costo de la atención médica, que pronto fue más alto de lo que el obrero podía pagar de forma directa. Así, el estado fue responsabilizándose paulatinamente de los hospitales que la caridad ya no podía mantener. Las doctrinas sociales y el nacimiento del proletariado favorecieron la demanda al derecho a la atención médica en la enfermedad.

**ENFERMEDADES DE LA ÉPOCA** · Las insalubres condiciones de trabajo en la fábrica favorecieron la aparición de las enfermedades laborales. En la Europa de finales del siglo XVIII se exterminó la peste. Tampoco hubo epidemias de lepra, sin embargo, aparecieron las de viruela. En las colonias de América y África murieron pueblos enteros, en Europa se comenzó a difundir la vacuna antivariólica. Las enfermedades infecto – contagiosas sufridas por la población europea fueron

principalmente la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea y el cólera. Junto a estas enfermedades se dieron las del proletariado, relacionadas con el trabajo en las fábricas, tales como las deformidades de la espalda, las intoxicaciones por uso de productos tóxicos y los accidentes en las grandes obras de construcción y de tendidos eléctricos, etc. Al convertirse las fábricas en núcleos de contaminación ambiental, alterando el ecosistema (aire y aguas contaminadas), hicieron su aparición las patologías respiratorias (catarros, tuberculosis, etc.). También el niño se incorporó a este trabajo a partir de los 8 ó los 10 años y, a veces, más pequeño. Aparecieron movimientos reivindicativos de mejora de las condiciones de trabajo en las fábricas. Se creó la figura del inspector de fábrica, pudiéndose considerar el inicio de la Medicina Laboral. Otros problemas destacados de la época fueron los procesos reumáticos y las enfermedades de los niños, que dieron lugar a una alta mortalidad infantil, de tal manera que en el primer año de vida moría el 25% de la población y el 50% antes de los cinco años.

**CUIDADOS DE LA SALUD** · La asistencia sanitaria fue eminentemente curativa e individual, variando según la clase social de los enfermos. En esta época se consideró la salud como un derecho inalienable del hombre y que la asistencia médica no podía ser un acto curativo individual, sino un derecho de todo trabajador. Con este pensamiento se dictaron las primeras leyes de seguridad social en la Alemania de Bismarck (1883), cuyo ejemplo sería seguido posteriormente por otros países. No obstante, hasta la implantación de este modelo, la asistencia sanitaria fue durante el siglo XIX eminentemente curativa e individual y distinta según la clase social. La clase aristocrática y burguesa, denominada clase alta, recibía atención directa de los médicos. Los aristócratas acudían al consultorio del médico y si no podían trasladarse, era el médico el que iba al domicilio del enfermo. Para las enfermedades crónicas disponían de balneario o casa de reposo, cuyo coste era elevado. En estos centros se utilizaba el poder curativo de las aguas termales o del barro (Iodoterapia). La clase media alta comprendía la burguesía media. Tenía a su servicio siempre al mismo médico. La aparición del médico de cabecera jugó un papel importante en el siglo XIX y parte del XX. El grupo constituido por la clase media baja no siempre podía costearse la atención médica. Fue el que puso en práctica, fundamentalmente en Inglaterra, las Friendly Societies, seguro que mediante una cuota mensual cubría los gastos médicos, de farmacia, entierros, etc. Estas sociedades fueron la base para la posterior creación de la Seguridad Social. Por último, la clase baja, que tenía grandes problemas cuando enfermaba y era la única que acudía al hospital. Era recibida por esta institución como pobres de solemnidad y se la utilizaba como objeto de la enseñanza médica y como recurso para la investigación en las salas de autopsias. Estos enfermos gozaban de la ventaja de ser atendidos por médicos célebres, quienes con su trabajo en el hospital elevaron la medicina al nivel actual.

**MÉTODOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD** · Los grandes inventos de aplicación médica favorecieron el avance en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El desarrollo de la ciencia hizo que la aplicación de los inventos y descubrimientos fuera de gran utilidad en medicina. Aparecieron aparatos como el electrocardiógrafo, el estetoscopio, el laringoscopio, el oftalmoscopio y el esfigmomanómetro. En 1845 se introdujo el uso general de la jeringa hipodérmica. Gran avance de la antisepsia y descubrimiento de la penicilina (1929). Posiblemente, lo más llamativo de la medicina contemporánea sea el progreso técnico de la cirugía, que se inició en

la II Guerra Mundial. Otro logro significativo del siglo es la realización de los trasplantes de órganos y la reimplantación de miembros. EL HOSPITAL CONTEMPORÁNEO · El hospital incorpora en este período la función docente a la puramente asistencial. A finales de la Edad Moderna (1783) la Academia Francesa de las Ciencias recomendó la construcción de hospitales según el sistema de pabellones, aceptado en toda Europa, abandonándose el diseño de grandes caserones en un solo bloque. Contrariamente a los centros de caridad del siglo anterior, los nuevos hospitales no fueron producto de la donación de filántropos, sino de médicos que mediante recaudación de fondos, a veces con la ayuda de enfermos agradecidos, fundaron los hospitales. El hospital vio completada su función, hasta entonces puramente asistencial, con la docencia, al hacerse obligatoria la práctica para los estudiantes de medicina.

INNOVACIONES DEL HOSPITAL En el siglo XIX, el hospital fue el único dispositivo asistencial y el principal centro médico. Las características e innovaciones más importantes y llamativas fueron: 1. La introducción de medidas higiénicas como calefacción y sistemas de fontanería. 2. La incorporación de salas de autopsias (primera mitad de siglo). 3. La instalación de quirófanos y laboratorios de análisis clínicos (sangre y orina). 4. La utilización de medidas de asepsia y antisepsia, como el lavado de manos, el uso de guantes y la esterilización por vapor (en las décadas centrales del siglo). 5. La iniciación de técnicas instrumentales nuevas, que evitaron las muertes por hemorragias. 6. La administración de transfusiones sanguíneas, aunque con muchos fallos a causa del desconocimiento de los grupos sanguíneos, descubiertos al iniciarse el siglo XX. 7. La instalación de lavaderos, cocinas, etc. 8. La incorporación del médico célebre. 9. La iniciación de la investigación y de la docencia. En los primeros años del siglo XX, el hospital inicia la función curativa, compartiendo ésta con la función de auxilio a los pobres. Simultáneamente a este concepto se sistematiza en el hospital el uso de la anestesia, la implantación de la asepsia y la antisepsia, la aplicación de los rayos X, etc.; lo que contribuyó al desarrollo de la actividad médica curativa como mejora de la calidad de vida. El rápido desarrollo de las ciencias aplicadas (química, física, ingeniería, etc.) dio como resultado la aparición de técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, ofreciendo a los usuarios una prestación de servicios sanitarios más amplia. Para hacer frente a estos numerosos retos, el hospital cambió de forma importante, entre los años 40 y 60, su sistema organizativo. Se reconvierten los antiguos hospitales, se construyen otros de grandes bloques y se introducen departamentos según las especialidades médicas. En cuanto a la administración, se comienzan a emplear sistemas de gestión similares a los experimentados en otros sectores de la actividad empresarial. En definitiva, el hospital sigue siendo el único dispositivo de asistencia sanitaria, invirtiéndose en esa institución la práctica totalidad de los recursos destinados a la atención a la salud. PRESENCIA DE LA IGLESIA EN EL HOSPITAL · El nuevo concepto de hospital determinó un mayor poder de la clase médica. Se inicia una política sanitaria, incluyendo la reordenación y racionalización del hospital. Estos cambios implicaron una pérdida de poder importante para la Iglesia. Con el Movimiento Ilustrado, la razón se impuso a los valores religiosos imperantes en épocas pasadas, comenzando de este modo la separación de la Iglesia del poder civil. Paralelamente se produjo un hecho trascendental para la humanidad, la Declaración de los Derechos del Hombre (1789) por parte de la Asamblea

Constitucional Francesa. Entre los derechos reconocidos se incluyó el ser asistido en caso de enfermedad. Es así como el estado asume la responsabilidad de la asistencia hospitalaria de los ciudadanos y comienza a proyectar una auténtica política sanitaria. La nueva concepción de la asistencia hospitalaria determinó la presencia del médico de una forma estable en el hospital. Los médicos asumieron la dirección de los hospitales, adquiriendo cada vez mayor poder. Surge así lo que se denomina la medicalización del hospital. Toda la vida del hospital giró alrededor de la actividad médica. El proceso de cambio sufrido por el hospital no fue tarea fácil ya que la Iglesia, lo consideró como una pérdida de poder importante. No obstante, terminó adaptándose a esta nueva situación, lo que la llevó a transformar las prácticas meramente caritativas en asistencia basada en la actividad médica. En la segunda mitad del siglo XIX tuvieron lugar diversos hechos que determinaron cambios sociales en general y en la asistencia médica en particular, entre ellos cabe destacar: - El surgimiento del proletariado, que progresivamente va adquiriendo una mentalidad socialista, lo que determinó la creación de los sindicatos como grupos de presión social. - La crisis económica (1873 – 1885) que disminuyó el nivel adquisitivo de la población hasta el punto de general un elevado número de personas indigentes. Ante esta situación el estado se vio obligado a establecer sistemas de protección que paliaron la miseria sufrida por la población. - La creación del seguro obligatorio de enfermedad, cuyas razones de instauración se debieron más a causas económicas que de justicia social. Esta socialización sanitaria provocó una crisis de los hospitales privados, tanto civiles como religiosos. - La sanidad pública fue concebida para atender al enfermo agudo. El interés del estado se centró en la financiación de la enfermedad aguda de corta duración y recuperable. Pero la nueva política sanitaria continuó sin cubrir las necesidades de gran parte de la población (crónicos, ancianos, inválidos, etc.). Es así como la Iglesia vio la posibilidad de hacerse cargo de esta parcela desatendida por el estado. De esta forma se fundan institutos religiosos específicos en la atención a pobres y ancianos. Entre ellos destacaron las Hermanitas de los Pobres (1839), las Hermanitas de los Ancianos Desamparados (1873), etc. Al considerar que estos grupos religiosos cumplían una función social necesaria fueron total o parcialmente subvencionados por el poder civil.

**NUEVA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA** La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. De una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Por otro, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos. En el siglo XIX se inició una enfermería enseñada por principios. En este aspecto tiene gran significado histórico el libro *El arte de la enfermería*, escrito por los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios en el año 1833, y cuyo fin fue instruir a los enfermeros de esta Orden sobre el cuidado a los enfermos. Los contenidos de esta obra, entre otros, describen la forma de administrar la alimentación a los enfermos, aplicación de los fármacos prescritos, realización del aseo y consuelo del espíritu.

**REFORMADORES DE LA ENFERMERÍA** En el siglo XIX se inició un movimiento de interés público por el progreso de la enfermería con distintas corrientes de opinión. Los médicos, el clero y los ciudadanos filántropos, abogaban por el establecimiento de sistemas de enfermería de diferente

naturaleza. Mientras unos defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos, otros lo hacían pensando en enfermeras remuneradas, preparadas y auspiciadas por el poder civil. Esta preocupación social dio como resultado una serie de cambios que llevaron a la reforma estable de la enfermería. Fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. Intentan y consiguen la reforma, entre otros, el matrimonio Fliedner, Florence Nightingale y las órdenes surgidas de la Edad Moderna.

**DIACONISAS DE KAISERSWERTH** En el primer tercio del siglo XIX, el pastor luterano Teodoro Fliedner y su esposa cambiaron el concepto de la enfermería en toda su extensión. Las diaconizas del Instituto Kaiserswerth se extendieron por varios países, fundando escuelas con los principios y organización de sus maestros. Igualmente, se preparaban en esta institución diaconizas destinadas a la enseñanza. Ambas, enfermeras e institutrices, aprendían conjuntamente.

La obra de los Fliedner se vio finalizada con una estructura, construida alrededor de la casa original, que contaba con: - Hospital de 120 camas. - Asilo para mujeres dementes. - Escuela para niños de todos los credos. - Escuela para jóvenes, generalmente huérfanas. - Asilo para mujeres ex – presidiarias. - Escuela para maestras, institutrices y enfermeras. · el sistema de aprendizaje implantado en el Instituto Kaiserswerth, se ha mantenido en parte en la formación de las actuales enfermeras europeas. Para ingresar como diaconisa se exigía: 1. Edad mínima de 18 años. 2. Carta de un ministro de la Iglesia haciendo constar la buena moral de la aspirante. 3. Carta de un médico certificando buena salud. 4. Limitación de dinero para gastos personales. La organización del aprendizaje fue un aspecto muy cuidado y constaba de: - Tres años de formación. - Un período de prueba de tres meses a un año. - Enseñanzas teóricas por medio de clases y conferencias. - Rotación de prácticas en las unidades del hospital y en la escuela. - División de las estudiantes en grupos de primer y segundo años y en enfermera – jefe, correspondiendo este cargo al tercer año. Las enseñanzas tanto teóricas como clínicas, eran impartidas por médicos, utilizando un manual sobre el arte de la enfermería, muy en uso en el Hospital de la Caridad de Berlín. Todas las diaconizas eran asignadas por turnos a situaciones fijas. Las diaconizas destinadas a ser maestras debían permanecer un tiempo al servicio de los niños enfermos. Las que querían dedicarse a la enfermería asistían en las salas de hombres, mujeres y niños; unidades para enfermos contagiosos; convalecientes y diaconizas enfermas.

**FLORENCE NIGHTINGALE** La persona de Florence Nightingale (12 de mayo de 1820 – 13 de agosto de 1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional. Es ella la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras. Su formación de enfermera la adquirió de forma autodidacta e informándose de los cuidados que se prestaban en distintos países. Durante la guerra de Crimea se ofreció como voluntaria para ir a Escutari, suburbio de Constantinopla en Turquía. Allí organizó un departamento de enfermería y dedicó sus esfuerzos a eliminar los problemas de saneamiento en los pabellones del hospital. Al cabo de unos meses de la llegada de Nightingale y su grupo de enfermeras a Crimea, la mortalidad de los soldados ingleses descendió de un cuarenta aun dos por ciento. En 1860 organizó una escuela modelo donde se enseñaba el arte de la enfermería. Con esto se trataba de romper la Etapa oscura de la Enfermería, haciendo comprender a la

sociedad que las profesionales eran personas de ética, moralidad y preparación dignas. Se vigilaba todo acto, de modo que no recayera crítica sobre la escuela a causa del empleo de una libertad no acostumbrada. El período de formación era de dos o tres años según las alumnas. Las aspirantes eran sometidas a un período de prueba de un mes y a un curso básico de un año, concluido éste realizaban un examen y las que lo superaban eran designadas como enfermeras certificadas. Terminado este período, se iniciaba otro de tres años para las que no pagaban, y dos para las que lo hacían. En este período se dedicaban por completo a la práctica de la enfermería en las salas, bien en el Hospital de Santo Tomás o en otros. Una vez finalizada la formación, se enviaba un informe del servicio de cada alumna al Comité del Fondo, que se encargaba de facilitarles empleo en un hospital. De esta forma, se conseguía que las enfermeras graduadas en la Escuela Nightingale no entraran en el servicio privado, que hasta entonces había absorbido a las mejores enfermeras, sino que trabajaran en los hospitales practicando la asistencia y la docencia de la Enfermería. Se puede considerar a Florence Nightingale como la pionera de la enfermería moderna. Sus aportaciones pueden considerarse a dos niveles: En el ámbito general de la disciplina enfermera: - Inició la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería. - Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión. - Inició la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina. Aportaciones asociadas: - Inició la organización de la enfermería militar. - Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento dentro de la enfermería. Entre sus obras destacar: - Notas sobre hospitales. - Cómo puede el pueblo vivir y no morir en la India. - Estado sanitario del ejército en la India. - Administración de los hospitales militares ingleses. - Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL · La fundación de la Cruz Roja marca un hito en la organización internacional de la ayuda humanitaria, tanto en tiempos de guerra como de paz. Particularmente para la enfermería, supuso la creación de numerosas escuelas que seguían el modelo de formación de los reformadores de este siglo. La Cruz Roja fue creada en 1863, gracias a un hombre filántropo de gran espíritu social y de nacionalidad suiza llamado Henry Dunant. Su idea la concibió al presenciar la batalla de Solferino, en el norte de Italia, en la guerra que mantenían en 1859 los italianos para liberarse del yugo austriaco. En esta batalla, una de las más sangrientas, Dunant pudo observar que los heridos no eran atendidos, los muertos no se enterraban y las condiciones de los soldados eran verdaderamente inhumanas. Dunant denunció a los gobiernos de varios países europeos la situación de los soldados en tiempos de guerra. Publicó su experiencia en varios periódicos para que la sociedad estuviera enterada y tomara conciencia de los hechos. Después de cuatro años de labor, Henry Dunant tuvo la satisfacción de ver reunirse en Ginebra (1863) un Congreso Internacional para estudiar la forma de conseguir voluntarios dispuestos a servir en el caso de otra guerra. Esta reunión tuvo como fruto la creación del Comité Internacional de la Cruz Roja, que sigue funcionando hasta hoy. Al año siguiente, representantes de dieciséis naciones firmaron el Tratado de Ginebra, en el que se convino que los hospitales militares debían ser respetados por todos los ejércitos como zona de seguridad. Así mismo, su personal (enfermeras, médicos, etc.) debía ser considerado como neutral, ya que atendía sin prejuicio a los heridos de todas las nacionalidades. Se acordó

que cada país creara su propia sociedad de voluntarios, actuando según los principios de la Cruz Roja. En la actualidad más de cien países son miembros de esta Institución. La sección sanitaria de la Cruz Roja es muy extensa. También existe la sección de enfermería dirigida por enfermeras. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS · El CIE es la primera asociación internacional de enfermeras y en la actualidad sigue marcando las pautas para la actuación de la profesión. A últimos del siglo XIX el movimiento reivindicativo de la mujer tuvo un gran auge. La mujer comenzó a organizarse y surgió en el seno del movimiento femenino el concepto de asociación, naciendo de esta forma en varios países los Consejos Nacionales de Mujeres. Todas estas asociaciones constituyeron en 1899 el Consejo Internacional de la Mujer, celebrando su primera reunión en Londres, a la que asistieron enfermeras de varios países. La señora Bedford Fenwick fue una de las que comprendieron las ventajas para la enfermería de una organización internacional similar y presentó en Londres la idea inmediatamente al Consejo de Matronas de Inglaterra. Representantes de los países en los que las enfermeras estaban organizadas formaron un Comité Ejecutivo para elaborar un proyecto de creación de un Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Antes de terminar 1899 este proyecto estuvo preparado siendo su declaración de principios mantener y establecer normas elevadas del servicio de enfermería, de la enseñanza de enfermería y de la ética profesional en todo el mundo. Dos años después el CIE se reunió por primera vez con ocasión de la Exposición Internacional de Búfalo (New York), en donde se aprobaron los estatutos de fundación y se eligieron los cargos. El CIE tiene como objetivos primordiales: - Luchar para que la profesión sea autónoma. - Mejorar los servicios de asistencia al individuo y la colectividad. - Elevar el nivel y la ética educacional y profesional. - Favorecer la situación socioeconómica de las enfermeras. - Fomentar la cooperación y amistad entre la enfermeras de todo el mundo. Las ventajas que ofrece el CIE son: - Obtener un reconocimiento oficial, a nivel internacional, de tipo profesional y educativo. - Proteger los intereses de todos sus miembros. - Estudiar y discutir los problemas nacionales que tengan relación con la profesión. - Ofrecer medios de comunicación y contacto entre enfermeras de diversos países. - Ayudar a que las enfermeras busquen la manera de completar su formación en el extranjero. - Estimular el desarrollo de los diferentes grupos de la Enfermería, ocupándose de los problemas que atañen a la práctica de la profesión y a la legislación que la regula. En cuanto al funcionamiento, el CIE sólo admite una organización de enfermeras por cada país, siempre que sus estatutos y reglamento concuerden con los del CIE. A su vez, es automáticamente miembro del CIE toda enfermera que pertenezca a la asociación de enfermeras de su país, cuando éste pertenezca al CIE. La Junta Directiva está compuesta por presidenta, vicepresidenta, tesorera y cuatro delegadas, elegidas cada cuatro años por las Presidentas de las Asociaciones miembros. La Junta Directiva se reúne, al menos cada dos años, con todos los Presidentes de las Asociaciones miembros. El Consejo Ejecutivo designa a una enfermera con carácter de Secretaria Ejecutiva, quien se hace cargo de la Sede Central. Cada cuatro años el CIE realiza un congreso en un país distinto. El primero fue en Búfalo en 1910 y en España se celebró en Madrid en 1993. En cada uno de estos congresos se da una consigna sobre la que actuarán todos los países durante cuatro años y al llegar el próximo congreso se hace una evaluación de cómo se ha llevado a cabo. INICIO DE LA



**PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO** · En el siglo XX se inicia el proceso de profesionalización de las enfermeras, basado en el espectacular desarrollo tecnológico de la atención sanitaria. La enfermería, como ocupación técnica que se inició a mediados del siglo XIX, continuará como tal hasta la segunda mitad del siglo XX. La enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesoras, caracterizándose esta etapa por la conjunción de los aspectos técnicos y los de tipo moral. La consideración de la enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50, 60 y 70 del siglo XX, cuando la medicina adquiere un espectacular desarrollo tecnológico y comienza la proliferación de los hospitales con una función diferente a la que venían desempeñando, al tener que cubrir las demandas de la población enferma. Es así como el cuidado enfermero se orienta hacia la enfermedad. En esta corriente de actuación enfermera interviene una serie de factores de índole socio-sanitaria. Los más destacables son: - La mejora del control de las infecciones por la utilización de métodos de asepsia y antisepsia. - La prioridad, en los primeros 50 años del siglo XX, de erradicar las enfermedades transmisibles. - La formulación de diagnósticos médicos basados en la observación de síntomas a partir de fallos fisiológicos. - La idea de enfermedad física como algo separado de la realidad socio-cultural e independiente del entorno. - La concepción de la salud como ausencia de enfermedad. Los factores mencionados tuvieron como consecuencia los siguientes cambios para la enfermería: **ACCESO AL CONOCIMIENTO** Hasta iniciado el siglo XX, la preparación de las enfermeras fue escasa o nula. A partir de este momento, por las actividades que se ven obligadas a cumplir, comienza la instrucción pública para ellas. Esta preparación fue controlada en su totalidad por la profesión médica, pero de algún modo se inicia el acceso al conocimiento y el saber. **INICIO DE LA PROFESIONALIZACIÓN** La integración de las mujeres seculares en los estudios de enfermería comienza con lo que se ha denominado el proceso de profesionalización, consecuencia de las medidas exigidas para la prestación de cuidados: preparación y titulación. Esto hizo que las órdenes religiosas vieran mermada su influencia, al ser el poder político el regulador y controlador de la preparación y titulación de las enfermeras. **ALEJAMIENTO DEL ENFERMO** En la etapa de la salud como lucha contra la enfermedad, la relación enfermera/enfermo se verá interferida por la tecnología, cada vez más utilizada, y que en cierto modo separa a la enfermera del contacto físico con el paciente (primera etapa histórica de los cuidados) y del contacto a través de la palabra (segunda etapa), produciéndose un alejamiento del enfermo. **PÉRDIDA DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL** La enfermera pierde su identidad asociada a los cuidados, pasando de una actividad de cuidar centrada en la persona a la de curar centrada en el órgano, actividad ésta derivada de la práctica médica. A las actitudes heredadas de épocas pasadas se une la adquisición de conocimientos técnicos, siendo escasos los conocimientos teóricos propios de la enfermería. **ETAPA TÉCNICA EN ESPAÑA** · A diferencia de otros países, España mantuvo el carácter vocacional-religioso heredado de épocas pasadas. Los comienzos oficiales de la profesión enfermera en España datan del año 1857, concretamente con la Ley de Instrucción Pública, donde se trata la formación del personal de enfermería con mención a los títulos de practicantes, enfermeras y matronas. En lo referente a la titulación de enfermera no se tiene referencia hasta 1915, aunque este nombre se venía aplicando, desde años anteriores, a las personas

dedicadas al cuidado, fundamentalmente las religiosas. A partir de ese año, los títulos de enfermera, practicante y matrona tienen que ser obtenidos mediante un examen ante un tribunal constituido en la Facultad de Medicina. El hecho de la existencia de tres figuras diferentes para la prestación de cuidados hace patente la influencia que esto tuvo párale desarrollo posterior de la profesión enfermera. Un notable precursor de las modernas ideas sobre formación de enfermeras fue el Dr. Federico Rubio y Gali (1827-1902), que fundó en Madrid en el año 1895, en el Instituto de Técnicas Operatorias, la primera escuela de enfermeras bajo el nombre de Santa Isabel de Hungría. Esta Escuela dejó de funcionar en los años treinta, pero las enfermeras preparadas en ella iniciaron, en cierto modo, el movimiento reformista de la enfermería en nuestro país. En el primer cuarto del siglo XX aparecen nuevas y prestigiosas escuelas, como las de la Cruz Roja Española, en Madrid y Barcelona, la Casa de la salud Marqués de Valdecilla, en Santander , y Santa Madrona, en Barcelona. Las condiciones de ingreso en las escuelas de enfermería siguieron los mismos criterios que establecieron los precursores de la moderna enfermería en Europa: Nightingale y Kaiserswerth. Las matronas, por su parte, tenían sus propias escuelas, vinculadas a hospitales maternales. El primer centro del que se tiene referencia en la formación de este personal es la escuela de Matronas de la Casa de Salud Santa Cristina de Madrid. En cuanto a los practicantes, se preparaban en las Facultades de Medicina. Los estudios de cada una de las modalidades seguían rumbos diferentes, como distinto era el nombre del título conferido. Sin embargo, había sensibles coincidencias entre los diversos planes y programas. Hasta 1940, los estudios previos requeridos eran los de la escolaridad primaria, tanto para los practicantes como para las enfermeras. El temario teórico-práctico era virtualmente el mismo: 70 temas para las enfermeras y 78 para los practicantes. Posiblemente, la diferencia de enfoque de los estudios de practicante y enfermera influía en la posterior elección de las áreas donde ejercían unos y otras. Los primeros actuaban, de forma mayoritaria, en el campo extrahospitalario, mientras que las segundas lo hacían en los hospitales.

**ACTIVIDAD PROFESIONAL** Las primeras Reales Ordenes, que regulan el ejercicio de la profesión, se establecen a finales del siglo XIX. Ya en el año 1941 se establece por Orden Ministerial las competencias de las enfermeras, dejando claro que el ámbito en que podían desarrollar sus funciones era en el seno de instituciones de tipo religioso y patriótico. En cuanto a las responsabilidades, se señalan las de asistir a los enfermos, el aseo, la alimentación, la recogida de datos clínicos y la administración de medicamentos. Posteriormente, en 1945, una nueva Orden Ministerial determinó que “Las enfermeras en posesión del título oficial están capacitadas y facultadas: 1. Para la asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos a los enfermos. Estos servicios podrán realizarse tanto en el seno de instituciones de tipo asistencial como en el domicilio del enfermo. 2. Para la asistencia de operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas, ayudando a los médicos.” Estas declaraciones formales quizá constituyan un claro ejemplo de la institucionalización de la Etapa Técnica en España, retratando y reflejando la realidad profesional del momento.

**TIPOS DE ENFERMERAS** Con anterioridad a la aparición de la figura del Ayudante Técnico Sanitario había dos clases de enfermeras que desarrollaban funciones sanitarias auxiliares. Por un lado, las Enfermeras Tituladas, que cursaban estudios oficiales de dos años, superaban

una prueba de reválida y sus títulos eran expedidos por las diferentes Facultades de Medicina. Al lado de ellas, y con su misma condición, estaban las que realizaban estudios y obtenían su graduación en instituciones religiosas y patrióticas y que hubiesen regulado sus títulos (hasta entonces privados) mediante la aprobación de una reválida similar a la debían superar las enfermeras tituladas. Por otra parte, estaban las enfermeras que adquirieron esta condición, meramente profesional y no académica, en diferentes centros e instituciones sanitarias, y que no estaban en posesión del título oficial.

**EL COLEGIO OFICIAL** En el año 1944 se crean los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios y el Consejo General de Colegios que acogían a practicantes, enfermeras y matronas. El Consejo General, que constituye la agrupación de Colegios Provinciales, máximo órgano profesional y de representación, estaba estructurado en tres secciones, correspondientes a las tres titulaciones existentes. En los Colegios Provinciales se seguía la misma organización, lo que de hecho dejaba claro la existencia en la práctica de tres profesionales distintos: enfermeras, practicantes y matronas. En 1945, la legislación obligó a enfermeras, practicantes y matronas a estar colegiados para ejercer la profesión. La creación de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios fue un hecho que, de forma importante, contribuyó al desarrollo de la enfermería, debido a las competencias que en el ámbito gubernamental tenían reconocidas. Estas responsabilidades se resumen en velar por el prestigio y el buen nombre de la clase profesional, perseguir el intrusismo dentro del ámbito de su autoridad y proponer a los poderes públicos las reformas legislativas que proporcionen el perfeccionamiento cultural, profesional y económico.

**UNIFICACIÓN DE LAS TITULACIONES** En el año 1952 se produce un hecho importante que contribuiría a la profesionalización de la enfermería en España: la unificación de los estudios de enfermera, practicante y matrona. Este hecho significó para la Enfermería Española: - Unificación, en una sola titulación, de las tres carreras existentes hasta entonces. - Elevación del nivel profesional. - Vinculación de los estudios a las Facultades de Medicina. - Ampliación de la formación con las especialidades.

**UNIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES** La promulgación de la nueva ordenación académica instauró la culminación de un proceso histórico de perfeccionamiento de enfermeras, practicantes y matronas, encuadrándolos en la nueva titulación de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). El nuevo título posibilitaba a los ATS para el ejercicio auxiliar de la medicina con carácter general y para realizar, previa indicación o bajo dirección médica, las siguientes funciones: 1. Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos. 2. Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades. 3. Practicar las curas de los operados. El Decreto que reguló estas competencias dejaba constancia de que “ cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello, el Ayudante Técnico Sanitario podrá prestar asistencia a los partos normales”. A partir de la unificación de titulaciones, y coincidiendo con la espectacular creación de hospitales, la incorporación de ATS masculinos a estas instituciones fue considerable. No obstante, las áreas de actuación en razón del sexo estaban bien delimitadas, fruto del sistema de valores imperante en la clase dominante. De esta forma, las mujeres eran destinadas a servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos; en cambio, los hombres, ocupaban los puestos de trabajo correspondientes a servicios como laboratorios de análisis clínicos,

radiología, etc. La situación colegial siguió la normativa de la legislación anterior, destacando que a partir de la unificación de títulos, la colegiación en una u otra sección del Colegio Oficial se hacía exclusivamente en razón del sexo. Los ATS masculinos se colegiaban en la sección de practicantes y las ATS femeninas en la de enfermeras. El Colegio continuó denominándose genéricamente Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios, pasando a llamarse sus secciones: - De Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos y Practicantes. - De Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos y Enfermeras. - De Matronas.

**ELEVACIÓN DEL NIVEL EDUCACIONAL** Anteriormente, no se exigía ninguna titulación previa para la obtención del título de enfermera. La duración de los estudios era de dos años, los planes diferían para enfermeras y practicantes y, en ocasiones, las prácticas no eran controladas rigurosamente, especialmente en estos últimos. A partir de 1952, la exigencia previa de estudios cursados se fijó en cuatro años de bachillerato (Bachillerato Elemental) y la duración de los estudios de ATS en tres. Se estableció un plan de estudios de obligado cumplimiento, con enseñanzas teóricas y prácticas, que debía ser seguido por todas las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios. Esta reforma elevó el nivel formativo, aunque el profesional que se formaba era claramente un ayudante médico, como respuesta a las necesidades del momento y al tipo de atención sanitaria imperante. En este apartado, las diferencias en razón del sexo también se hicieron patentes. Ejemplo claro es que las mujeres debían cursar en los tres años una asignatura denominada Enseñanzas del Hogar y los hombres estudiaban la de Autopsia Médico-Legal, que no figuraba para las estudiantes femeninas. Un aspecto más, que remarca la Etapa Técnica consolidada en este tiempo, son los contenidos de los programas, centrados en ciencias médicas.

**VINCULACIÓN DE LAS ESCUELAS A LAS FACULTADES DE MEDICINA** Las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios surgieron como centros vinculados a las Facultades de Medicina, al amparo de la Ley de Ordenación Universitaria de 1943, vigente en aquel momento. La máxima autoridad académica en el centro docente era el catedrático inspector, designado por el decano de la Facultad de Medicina a la que estaba vinculada la escuela. La dirección correspondía a un médico y a una enfermera, asesorados ambos por una junta rectora de composición variable. Aquí también se hizo evidente la desigualdad entre hombres y mujeres. Así, durante algunos años (1952 – 1972) fue obligatorio para las alumnas de ATS estudiar en régimen de internado. Igualmente, para ellas existió un estricto control de prácticas planificadas convenientemente por la escuela. A pesar del cambio, en cierto modo espectacular, de la disposición de los estudios en las escuelas de ATS femeninas, el planteamiento organizativo de las enseñanzas tuvo como marco de referencia los principios generados en Europa en el siglo XIX. En ellos se reflejan los requisitos de ingreso en las escuelas, la normativa para las internas y, sobre todo, la importancia de la vocación de servicio en un sentido de entrega, abnegación y obediencia al superior.

**FORMACIÓN POSTBÁSICA** Al amparo de la legislación, y como complemento de la formación básica, a partir de 1957 se establecieron las Especialidades para ATS, que siguieron la tónica de medicalización de la formación de los ayudantes técnicos sanitarios. Entre estas especialidades quedó englobada la antigua titulación de matronas.

**AUXILIARES DE CLÍNICA** La espectacular creación de hospitales de la Seguridad Social desde el año 1951 y la vertiginosa evolución tecnológica de la Medicina hicieron que las enfermeras asumieran una serie de actividades

delegadas por el médico, contribuyendo a que gran parte del trabajo se enfocara en la realización de tareas fundamentalmente técnicas. Surge así la necesidad de otro personal para el campo hospitalario, creándose en el año 1960 la figura de la Auxiliar de Clínica. En diferentes fechas, y de forma progresiva, se fue legislando y ampliando el campo de actuación de este colectivo. Párale desarrollo de sus funciones, las auxiliares de clínica no requerían ninguna titulación ni formación previa. Sin embargo, las paulatinas exigencias de conocimientos hicieron que se incluyeran los estudios en el primer grado de Formación Profesional de la Rama Sanitaria. En el año 1963, se legisló la prohibición de los Ayudantes Técnicos Sanitarios de delegar, en el personal auxiliar, contenidos muy concretos.