

Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936)

Carmen González Canalejo

Grupo de Investigación *Surclfo*. Departamento de Enfermería y Fisioterapia.
Universidad de Almería. canalejo@ual.es.

Dynamis
[0211-9536] 2007; 27: 211-235

Fecha de recepción: 10 de diciembre de 2006
Fecha de aceptación: 17 de enero de 2007

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Demandas de salud y estado de la «cuestión social». 3.—La creación de las «nuevas profesiones sanitarias»: cualificación y aprendizaje de matronas, enfermeras y practicantas. 4.—Incorporación laboral y espacios de atención. 5.—Aportación a la salud y el bienestar social. Las distintas categorías de cuidados. 6.—Conclusiones.

RESUMEN: Se analiza la práctica cuidadora ejercida en España por las matronas, enfermeras y practicantas en el periodo de 1857 hasta 1936. El estudio se articula con la perspectiva feminista a través de la microhistoria, según la identidad que dichos colectivos tuvieron en la provincia de Almería. Se ha conectado con el discurso androcéntrico y actitudes sociales hacia ellas para analizar el desenvolvimiento de las mujeres, comparándolas con otras cuidadoras de la geografía nacional. Las distintas categorías de cuidados que llevaron a cabo como medio de suavizar la «cuestión social» son el telón de fondo que nos revela la respuesta a la pregunta de en qué medida las matronas, practicantas y enfermeras de aquella época contribuyeron a la salud de la ciudadanía y al bienestar social.

PALABRAS CLAVE: cuidados bienestar, «cuestión social», matronas, enfermeras.

KEYWORDS: healthcare, welfare, «social question», midwives, nurses.

1. Introducción (*)

Las matronas y enfermeras del último cuarto del siglo XIX y primer tercio del XX suavizaron la desgracia de miles de familias. A partir de los primeros

(*) Una versión anterior de este artículo fue presentado en el XIII Coloquio Internacional AEIHM (octubre 2006, Barcelona) en la mesa *Entre la salud y la enfermedad. Las mujeres como mediadoras de bienestar*, organizada por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz a quienes agradezco sus sugerencias.

años del siglo XX, también las mujeres que se titularon como practicantes, fueron conscientes de la profunda asimetría social en que les había tocado vivir y quisieron transformar la realidad que las desfavorecía. Humanizaron y dignificaron la asistencia de los pobres de solemnidad y de otras mujeres: las marginadas, las que vivían sumidas en los límites de la subsistencia y la enfermedad. Su historia viene marcada por haber formado parte de los que dieron la vuelta a las cifras de mayor mortalidad infanto-juvenil y menor esperanza de vida de la Europa de entonces. Su contribución social fue dar respuesta a las necesidades de salud que planteaba «la cuestión social»¹. Sin duda, fueron protagonistas de lo que sería la antesala del bienestar social en España².

En los albores del siglo XX, las matronas, enfermeras y «practicantas» españolas³ constituían un pequeño núcleo femenino que ejerció de forma institucionalizada desde la gestación de la asistencia pública. El eje que sustentaba su práctica tuvo unos rasgos claramente diferenciados de la medicina. Gracias a los conocimientos y práctica desarrollada desde tiempos inmemoriales⁴, existió un vínculo laboral con la Institución Benéfica. Dicha Institución probablemente vio en ellas una vía de solución al grave problema de una sociedad enferma.

El problema de la «cuestión social» que dio origen a la asistencia pública sanitaria en los años centrales del siglo XIX, adquiere unas dimensiones distintas de las analizadas hasta ahora si se contempla a los distintos grupos de cuidadoras. Haciendo uso de la microhistoria, el estudio se ha centrado en la provincia de Almería para extrapolar a otros puntos de la geografía los principales aspectos que aquí se analizan: la pobreza social y la contribución de las matronas, enfermeras y practicantas a la salud de la ciudadanía. Atendiendo a recientes sugerencias metodológicas en la temática de

-
1. Sobre la «cuestión social», puede verse CASTRO ALFÍN, Demetrio. Las necesidades sociales y su cobertura (1800-1868). In: Álvarez Junco, José. *Historia de la acción social en España. Beneficencia y Previsión*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1990, pp. 69-100.
 2. GONZÁLEZ CANALEJO, Carmen. Asistencia sanitaria, género y cuestión social en Almería (1857-1930), Tesis Doctoral, Universidad de Almería, 2005, pp. 567-586.
 3. A estas últimas así es como popularmente se las denominaba, en femenino. Algunas, como era el caso de Carmen Navarro, siempre firmaron como practicante, aunque en el título oficial que se les otorgaba figuraba el término de practicante.
 4. SANTO TOMÁS PÉREZ, Magdalena. Historia de la enfermería. In: Fernández Ferrín, Carmen *et al.*, *Enfermería Fundamental*, Barcelona, Masson, 2004, pp. 1-127.

las mujeres sanitarias⁵ se trata de articular la historia de las que eligieron estas profesiones con la teoría feminista y de mostrar una historia donde el concepto de género adquiere un protagonismo definitivo.

2. Demandas de salud y estado de la «cuestión social» (1861-1929)

El panorama socio-sanitario en la provincia de Almería durante la segunda mitad del siglo XIX y el primer tercio del XX era desolador. A mediados de los años sesenta, la capital contaba con 44.235 habitantes. El índice de pobres registrados en los censos se elevaba al 16%. Estos eran los pobres «oficiales»⁶. La cifra real a finales de los años ochenta era, sin duda, mucho mayor. Los criterios legales establecidos en el censo de 1861 proporcionaron cobertura sanitaria a los *pobres de solemnidad*, pero excluyó a un amplio sector de trabajadores cuyo salario sobrepasaba los diez reales semanales. Criterios que se volvieron a ratificar en la Ley de pobres 1891. A juzgar por la enorme bolsa de inmigración rural hacia las capitales de provincias para trabajar como sirvientes y sirvientas demuestra la existencia de un pauperismo institucionalizado. Tal y como han señalado especialistas en el tema del pauperismo, en realidad, los pobres en la España de entonces eran casi toda la nación⁷.

Varias son las características que determinan un alto índice de morbi-mortalidad y pobreza en la Almería de la segunda mitad del siglo XIX:

En primer lugar, el grave problema de salud infantil se concreta en los niños expósitos hacinados en la *Casa-Cuna Central* de la capital y en las sucursales que se extendieron en otras zonas de la provincia. Subali-

5. ORTIZ GÓMEZ, Teresa. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK ediciones, 2006.

6. Archivo Municipal de Almería (En adelante, AMA). Censo de pobres de la Beneficencia de Almería. Años 1861, 1866, 1881, 1886, legajos: 630, 130, 134.

7. SARASÚA, Carmen. *Criadas, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño (1758-1868)*, Madrid, Siglo XXI, 1994; CARASA, Pedro. La pobreza y la asistencia en la historiografía española contemporánea. *Hispania*, 1990, 176, 1475-1503; CARASA, Pedro. La historia de los pobres: de las bienaventuranzas a la marginación. *Historia Social*, 1992, 13, 77-99; CARASA, Pedro. Por una historia social de la ciudad. Urbanización, pauperismo y asistencia. In: Francesc Bonamusa y Joan Serrallonga (eds.), *Historia Contemporánea. La sociedad urbana en la España Contemporánea*, Barcelona, 1994, pp. 23-63; CASTILLO, Santiago (coord.), *Las figuras del desorden: heterodoxos, proscritos y marginados. Actas del V Congreso Historia Social*, Universidad de Castilla-La Mancha, 2005.

mentados, sin amas de cría suficientes y sin condiciones higiénicas para la supervivencia, el 80 % de los acogidos en el hospicio fallecían antes de cumplir el primer año de edad. Entre 1861 y 1864 el éxodo de las zonas rurales a la capital, ya había comenzado. El problema infantil se derivaba de una pobreza que afectó de forma acuciante a viudas y solteras cuyos hijos quedaban a su cargo. Situación que se prolongó hasta los primeros años del nuevo siglo. El estudio de campo realizado por el médico de la época León Palacios Carreño, señala que en la década comprendida entre 1895 y 1904, de los 15.869 niños que nacieron en Almería, fallecieron 8.221 antes de cumplir los nueve años de edad⁸. Cifra que estaba por encima de la media nacional, ya que este porcentaje era el que había en España para el rango de edad comprendido entre los 0 a los 19 años. Estudios actuales como los que muestra Dopico, señalan a Andalucía como la segunda región de mayor índice de mortalidad durante el quinquenio de 1901-1905, con una tasa de 199'4 por mil. El primer lugar lo ocupaba Extremadura⁹. No es de extrañar pues que la situación infantil fuera, junto a las frecuentes epidemias, el problema socio-sanitario más acuciante para los políticos y la comunidad científica sanitaria de aquella época.

En el resto de la geografía la situación no era mucho mejor. España iba a la cabeza en Europa en cuanto a la mortalidad infantil. El análisis comparativo de fuentes primarias y estudios actuales son concluyentes a este respecto¹⁰. En el año 1900, España se encontraba la segunda de Europa después de Serbia¹¹. La muerte encontraba a sus víctimas princi-

8. PALACIOS CARREÑO, León. *Mortalidad infantil en Almería. Estadística demográfico-sanitaria del decenio de 1895 a 1904*, Almería, Non Plus Ultra 1905, p 12.

9. DOPICO, Fausto. *Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950)*. *Dynamis*, 1985-1986, 5-6, 381-396.

10. Los resultados del citado médico de la infancia, León PALACIOS (1905) coinciden con los datos de otra fuente local coetánea que es la de José DOMÉNECH, médico y redactor habitual del periódico *La voz médica*, donde escribió numerosos artículos dedicados a «La difteria infantil» en el bienio de 1884-1885. De los estudios contemporáneos entre los que concurda este elevado índice de defunciones, puede citarse a ARBAIZA, Mercedes. *Urbanización y condiciones de vida en Vizcaya (1877-1930): aproximación a las causas sociales de la mortalidad infantil y juvenil*. *Historia Contemporánea*, 1999, 18, 13-287; GÓMEZ Rosa. *Morir infante o morir anciano*. *Historia Contemporánea*, 1999, 18, pp. 13-18; GÓMEZ DÍAZ, Donato. *Almerienses, un estudio demo-económico: 1850-1919. Vida, muerte y trabajo en un tiempo sin esperanza*. Tesis doctoral, Universidad de Granada 1991.

11. HEROLD-SCHMIDT, Hedwig. *Gesundheit und Parlamentarismus in Spanien. Die Politik der Cortes und die öffentliche Gesundheitsfürsorge in der Restaurationszeit (1876-1923)*, Erfurt, Mtthiesen Verlag, 1999, p. 242.

palmente en las ciudades, más que en el mundo rural. Mientras en otros países la viruela había sido limitada mediante la vacunación obligatoria en el transcurso del siglo XIX, entre 1901 y 1906 murieron 4.606 personas en España, casi todos en edad infantil. En Almería la viruela tendía a hacerse endémica, pues sólo en el año 1902 fallecieron 376 niños de esta enfermedad¹². La preocupación de la población y de los gobiernos estaba más que justificada pues el «fantasma verde», como denominaron las matronas a la diarrea infantil, se llevó en España a 250.000 niños menores de 5 años, sólo en el año 1920¹³.

El segundo rasgo del problema social es la feminización de la pobreza. En el censo de los años sesenta, puede observarse que de cada diez pobres, siete eran mujeres. El sector femenino abarcaba un amplio abanico de edades, pero se dibuja con preferencia un perfil de mujeres sin ningún tipo de recursos con edades comprendidas entre los 20 y los 49 años. La mayoría eran madres solteras, aunque también existía un amplio sector de viudas. Sin preparación y sin recursos, las mujeres tenían a su cargo una media de tres hijos menores. Emigraron a la capital procedente de todos los puntos de la provincia. Buscaban el amparo de ayudas sociales y mayores oportunidades de trabajo en el sector servicios de la ciudad. Unas, trabajaron como sirvientas o costureras; otras, se ofrecieron como nodrizas. Como ha señalado Carmen Sarasúa, la emigración y la pobreza femenina se explican por la muy débil relación de las mujeres con el mercado de trabajo¹⁴. Muchas debieron ser las que vieron en los cuidados infantiles y en la lactancia una solución para su subsistencia, pues entre 1874 y 1889 se registran 305 nodrizas empleadas con nóminas reglamentarias en la Institución Benéfica de la provincia de Almería¹⁵.

La crónica escrita en el año 1900 por Carmen de Burgos, una de las intelectuales más significativas del profeminismo español, retrata muy

-
12. LAFUENTE Y DOMÍNGUEZ, Modesto. *Enfermedades infecciosas y transmisibles predominantes en Almería*, Almería, Tip. Fernando Salvador Estrella, 1902, pp. 25-26.
 13. *La Matrona Hispalense*, 1929, p. 2. Esta fuente se conserva en el archivo particular de D^a Carmen Vázquez Garrido, sobrina de la matrona Rosalía Robles Cerdán, fundadora de esta revista que fue editada en Sevilla, en abril de 1929. Agradezco a Manuel Jesús García Martínez y Antonio Claret García Martínez el haberme facilitado su consulta.
 14. SARASÚA, nota 7.
 15. GONZÁLEZ, Carmen. Las nodrizas en Almería: ¿Oficio o rol biológico? In: *La Mujer, Actas del III Congreso de Historia de Andalucía*, Córdoba, Obra social y cultural Cajasur, 2002, vol. 2, pp. 331-348.

bien las patriarcales costumbres que llevaron a las mujeres de la España de entonces a una vejez prematura:

«Descalzas, vestidas de riguroso luto, desgreñadas, dedicadas a las penosas faenas del campo o la minería. Llegaban a la adolescencia sin ninguna cultura, sin aprender a leer y escribir»¹⁶.

Se casaban en la más completa ignorancia y morían en muchas ocasiones en alguno de los numerosos partos. Otras, padecían septicemias puerperales al ser atendidas por vecinas o parteras sin ninguna preparación. Si bien es verdad que la población femenina tenía un índice de supervivencia mayor que los varones, también cabe decir que las mujeres de esta época tuvieron muy mala calidad de vida. A la tuberculosis, desnutrición, tracoma y enfermedades venéreas, las acompañaba una larga lista de dolencias que dejaron secuelas y síntomas permanentes en una salud precaria que padecían el resto de sus días.

En los años veinte del nuevo siglo, la situación de salud de la población no había mejorado, especialmente en lo que respecta a las mujeres. La epidemia de gripe de 1918 fue devastadora. La mortalidad de las madres dejó a un incalculable número de huérfanos sin lactancia y sin cuidados que fallecieron inmediatamente después de ellas. Sólo así se explica que aquel año, el índice de mortalidad infantil en Almería superase la cifra de nacidos vivos¹⁷.

Otra característica que determinó el problema de salud pública fue la incultura sanitaria popular. Pobreza, analfabetismo y falta de salud han sido variables indisolublemente unidas. Extremadura y Andalucía eran las regiones más aquejadas por estos tres elementos; por ende, fueron las regiones de mayor índice de morbi-mortalidad y, también, donde hubo menos recursos educativos. Almería era la segunda provincia de mayor índice de analfabetismo de Andalucía. El 80% del sector de analfabetos eran mujeres, cifra que se incrementaba en el mundo rural. Al perfil de un mayor absentismo escolar en las niñas y unas pésimas condiciones de las

16. De BURGOS, Carmen. La mujer en España. *La Enseñanza*. Revista de Instrucción Primaria, Almería, junio de 1900, pp. 6-7.

17. PALACIOS CARREÑO, León. *Enfermedades infecciosas y transmisibles predominantes en Almería. Estadística demográfico-sanitaria (1897-1901)*, Almería, Papelería e imprenta La Enseñanza, 1903, pp.17-27.

escuelas, cabe añadir la precaria salud y falta de higiene de los escolares¹⁸. Como ejemplo, cabe señalar que de los 2.060 escolarizados en el año 1929 existentes en la capital, 460 no asistían a la escuela por haber contraído tracoma, enfermedad que llegó a ser endémica dejando ciegos a miles de almerienses¹⁹.

Por otra parte, la mortalidad de los adultos suponía dejar la vida en plena edad productiva. La mayoría de los pobres no pasaban la edad infanto-juvenil, característica que se recrudecía en épocas de epidemia. Un ejemplo de ello fue el azote de la epidemia colérica entre 1884-1885, cuando la media de vida de los almerienses apenas rozó en este periodo los 25 años de edad²⁰. Este índice había mejorado con respecto a las últimas décadas del siglo XIX, pero aún estaba cinco años por debajo de la media nacional. Mientras tanto, en Inglaterra, la esperanza media de vida estaba en torno a los 48 años, en Suecia de 54 y, en Alemania, de 46 años²¹.

En cuanto a la vivienda, el estudio sanitario de las cuevas situadas en las barriadas periféricas de la ciudad donde se iba asentando el flujo emigratorio, no se puede comprender sin la dimensión socio-sanitaria que envolvía la compleja problemática de la salud pública. Los informes de los médicos sociales de aquella época son reveladores sobre las condiciones de vida de los habitantes de las cuevas²².

Las nuevas necesidades sociales propiciaron una red de asistencia domiciliaria y un mayor número de establecimientos sanitarios, aumentando estos en España de un 10% a un 14% en el periodo comprendido entre 1850

18. Véase a BALLARÍN DOMINGO, Pilar. La creación de escuelas públicas y el analfabetismo en la provincia de Almería en la segunda mitad del siglo XIX. In: *Actas del Segundo Coloquio de Historia de la Educación*, Valencia, Universidad, 1983, pp. 557-564; BALLARÍN DOMINGO, Pilar. El proceso de escolarización en la provincia de Almería. *Historia de la educación*, 1986, 4, 215-233; BALLARÍN DOMINGO, Pilar. *La Escuela Normal de Maestros de Almería (s. XIX)*, Granada, Universidad-Diputación Provincial de Almería 1987; BALLARÍN DOMINGO, Pilar. Organización pedagógica de las escuelas primarias en Almería en el último tercio de siglo. In: Rafael Lázaro (ed.), *Homenaje al padre Tapia*, Almería Cajalmería, 1988, pp. 445-462; BALLARÍN DOMINGO, Pilar. *La educación de las mujeres en la España Contemporánea (siglos XIX y XX)*, Madrid, Síntesis, 2001.

19. *El Practicante Almeriense*, octubre de 1929, p. 6.

20. *La Voz Médica*, 1884 -1885.

21. HEROLD-SCHMIDT, nota 11.

22. PERALTA ALFÉREZ, Eduardo. Informe sanitario sobre la situación de las viviendas-cueva de Almería. *Boletín del Instituto Provincial de Higiene*, junio de 1928.

y 1860, y un 30% a finales de siglo²³. Incremento que también se observa a nivel local. El desarrollo de una mayor infraestructura sanitaria en Almería, fue consecuencia del flujo emigratorio llegado a la capital atraído por una incipiente economía industrial. De los 44.235 habitantes existentes en el año 1865, se había ascendido a la cifra de 51.000, en el año 1929²⁴.

3. La creación de las «nuevas profesiones sanitarias». cualificación y aprendizaje de matronas, enfermeras y practicantas

El panorama de necesidades analizado anteriormente es clave para comprender la reforma educativa que dio lugar a la creación de «nuevas clases sanitarias». En lo que respecta al acceso académico de mujeres que accedieron a los títulos de matrona, enfermera y practicante como las que optaron por la medicina, la historiografía confirma que fue un camino lento y complicado. A la incorporación de las matronas en las aulas universitarias en 1857, siguieron las aspirantes al título de medicina en 1879. Unos años más tarde, en 1896, accedieron las que optaron por la enfermería en la primera escuela profesionalizada y, por último, en el periodo de 1900 a 1904, las aspirantes al título de practicante²⁵. Como rasgo principal y en lo que se refiere a las enfermeras cabe destacar el tardío reconocimiento institucional de este título el cual no se produjo hasta el gobierno de Romanones en el año 1915. Mientras tanto, en Inglaterra, por ejemplo, las enfermeras profesionalizadas ya se habían incorporado treinta años antes.

23. CARASA SOTO, Pedro. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX*, Valladolid, Universidad-Caja de Ahorros y M. P. de Salamanca, 1985, pp. 48-53.

24. AZNAR SÁNCHEZ, José Ángel. *Dinámica demográfica y económica de Almería en el siglo XX*, Almería, Universidad, 2000, pp. 24, 46 y 50.

25. ÁLVAREZ RICART, M^a. Carmen. *La mujer como profesional de la medicina en la España del s. XIX*, Barcelona, Anthropos, 1988; CABRÉ I PAIRET, Montserrat y ORTIZ GÓMEZ, Teresa (eds.). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*, Barcelona, Icaria, 2001; CAPEL MARTÍNEZ, Rosa M^a. *El trabajo y la educación de la mujer en España (1890-1930)*, Madrid, Ministerio de Cultura 1982; DOMINGUEZ ALCÓN, Carmen. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, Madrid, Pirámide, 1986; GONZÁLEZ, Carmen. El acceso educativo de las primeras practicantas (1900-1931). In: Consuelo Flecha et al. (eds.), *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la Historia*, Sevilla-Buenos Aires, Diputación Provincial de Sevilla, 2005, pp. 119-133; ORTIZ GÓMEZ, Teresa. La educación de las matronas en la Europa Moderna ¿liberación o subordinación? In: Cristina Segura (ed.), *De leer a escribir I. La educación de las mujeres ¿libertad o subordinación?*, Madrid, Asociación cultural Al-Mudayna, 1996, pp. 155-170.

En el caso de las practicantes, hubo que esperar medio siglo para que las mujeres pudieran optar a este título, pues la Ley Moyano de 1857 lo creó exclusivamente para los varones. En cuanto a los títulos de matronas, si bien se iniciaron en las instituciones académicas hubo que esperar a la citada Ley Moyano para que gozaran de mayor amplitud y calidad académica al no tener las mujeres hasta entonces, acceso a las facultades de medicina para realizar estos estudios²⁶. Hasta mediados del siglo XIX bastaba con superar un examen centrado en el embarazo y el parto ante el Tribunal del Protomedicato²⁷.

Continuando con las aspirantes al título de matronas, durante la primera década de la implantación de la Ley Moyano, el panorama no pudo ser peor. El cuerpo médico conservador tuvo una respuesta contundente hacia las matronas, pues percibieron este acontecimiento como un desafío. En opinión de otros, la cuestión no debía de preocupar, al comprobar el escaso éxito que estas enseñanzas habían tenido en España:

«En cuanto a las matronas, no decimos nada, porque aún en Madrid que es donde creemos se hayan matriculado más, ningún año pasan de seis. No son nuestras mujeres españolas como las inglesas o alemanas, y por consiguiente no hay que temer que nos hagan daño en nuestras carreras y destinos profesionales»²⁸.

Los continuos escritos médicos manifestando el descontento y el descrédito hacia las matronas terminaron suspendiendo este título con un R. D. fecha 7 de noviembre de 1866, restaurado dos años más tarde con el impulso del Sexenio Democrático²⁹.

En 1898 salió la primera promoción de enfermeras profesionales en Madrid. El diseño y la filosofía en el que se instruyeron las 32 primeras alumnas estuvo inspirado en el ideario krausista-institucionista en el que se basó la Institución Libre de Enseñanza. Sin embargo, los títulos de muchas

26. MARTÍNEZ ALCUBILLA, Marcelo. *Diccionario Administrativo*, Madrid, Diputación Provincial, 1879, p. 381.

27. ORTIZ GÓMEZ, Teresa. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del s. XIX. *Arenal*, 1999, 6 (1), 55-79; CUADRI LUQUE, M^a. José. Antecedentes históricos de la formación de matronas. *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, 1998/1999, 5-6, 261-270.

28. ÁLVAREZ RICART, nota 25, p. 181.

29. Las causas que condujeron a la desaparición de los estudios de matrona, y también de practicante, quedan recogidos por varios autores. Véase entre otros, a CAMAÑO-PUIG, nota 3.

promociones no se reconocieron oficialmente hasta 1915. A partir de entonces, los practicantes comenzaron a mostrar su desacuerdo e insatisfacción. Desde esta fecha hasta bien entrada la Segunda República, el grupo masculino realizó una feroz campaña a través de su órgano de prensa y reuniones con los poderes públicos para tratar lo que denominaron «El pleito de las enfermeras»³⁰. Hubo varios intentos de ampliación de estudios y de legalizar a las enfermeras el título de diplomadas entre 1919 y 1927, pero las continuas denuncias y movilizaciones de la Federación Nacional de Practicantes frenaron este proceso, que no culminó hasta la llegada de la Segunda República³¹. Los gobiernos de la Restauración y de la Dictadura primorriverista tomaron parte a favor de los practicantes. Los médicos de corte conservador y también los practicantes, mostraron su recelo hacia la incorporación femenina con menoscabo del reconocimiento de la capacidad de las mujeres para resolver problemas en el campo de la salud.

Por otra parte, el discurso de la domesticidad en el que se apoyó la mayoría de los médicos y practicantes, opuestos al reconocimiento de las enfermeras, no dejó más salida que incorporar como parte de estas enseñanzas, el rol de la domesticidad. El discurso androcéntrico se refleja en la prensa, a lo largo del tiempo, con escritos titulados como «¡Otra vez las enfermeras!», «El pleito de las enfermeras» o «Gente extraña femenina»³². Discursos que no fueron neutrales, pues formaron parte de la ideología patriarcal que impregnaba el ámbito de la salud. Los practicantes desprestigiaron de forma repetitiva a lo largo del tiempo, la validez de la práctica cuidadora evocando el rol doméstico como fundamento por el que debería regirse el ejercicio de las enfermeras. La práctica del cuidado se alejó así de toda sospecha científica, efectividad, y reconocimiento social deseado:

«La misión de la enfermera, interpretando el verdadero significado de la denominación, está bien definida.

Atender con desinterés, amor y dulzura a la Humanidad doliente, y aparte de prodigar cosuelos bajo un ideal santo (como lo hacen las herma-

30. *El Practicante Aragonés*, 1932, pp. 6-7.

31. Véase *El Practicante Almeriense* desde 1919 a 1927.

32. Estos artículos pueden verse en: *El Practicante Moderno*, Año I, Octubre de 1903 (el deterioro del documento consultado no permite ver el número exacto de la página la cual se localiza el texto de «gente extraña femenina» en la sección de noticias generales); *El Practicante Salmantino*, marzo de 1927, pp. 3-5; *El Practicante Aragonés*, mayo de 1932, pp. 6-7 y 19-20.

nas de la caridad) (...) en este nobilísimo aspecto todos tenemos el deber de apoyar la benéfica y altruista labor de la enfermera ¡ése es su importante cometido!»³³.

No es de extrañar que al siguiente año de crearse la primera escuela de enfermeras, sólo se matricularan 10 alumnas. El análisis comparativo confirma que España no fue el único caso de lo que, en principio, parecía ser un fracaso en la oferta de estas enseñanzas. También hubo duros comienzos para las matronas y enfermeras que se matricularon en 1860 en la Escuela de Florence Nightingale, en Inglaterra, durante la primera década en que ésta funcionó como Instituto. En este caso se confirma que las alumnas asistían a pocas clases, porque durante el tiempo que duró su aprendizaje, estas realizaron más tareas domésticas en los hospitales que prácticas organizadas. Los manuales médicos en los que se las instruían estaban obsoletos y anticuados. Las enseñanzas fueron mediatizadas por la Iglesia y los trabajos no remunerados, supuestamente voluntarios para las alumnas, fueron una práctica habitual exigida. Medio siglo después en Francia, el panorama de las que accedieron a los estudios de enfermería, no era mucho mejor. Las matriculadas en las escuelas creadas al calor de la *Liga de Mujeres de Francia*, fueron enseñadas bajo el modelo curativo de los manuales escritos por los médicos de «La Comisión Médica de Enseñanzas», quienes adoctrinaban a las alumnas en la obediencia y rigor incontestable³⁴.

En definitiva, los casos revisados muestran dificultades muy parecidas en relación a la organización de las enseñanzas enfermeras en España de finales del siglo XIX y primer tercio del XX.

En el año 1904 las mujeres pudieron optar al título de practicante³⁵. El modelo sexualizado en el que la Ley Moyano de 1857 contempló a estas enseñanzas, había excluido de este título a las mujeres durante medio siglo.

33 *El Practicante Aragonés*, mayo de 1932, pp. 6-7.

34. Véase la referencia a las escuelas de la Cruz Roja Francesa-Unión de Mujeres de Francia a la que se hace alusión en el prefacio del libro traducido por Del CORRAL, María. *Manual de la Enfermera Hospitalaria*, Madrid-Barcelona, Espasa-Calpe, 1931.

35. Sobre las practicantías hay una franca escasez historiográfica. A excepción de los trabajos de los años ochenta que mencionan a este colectivo, las practicantías raramente han sido del interés de los historiadores en general. Véase a CAPEL MARTÍNEZ, nota 25, pp. 440-442; DOMÍNGUEZ ALCÓN, nota 26; ÁLVAREZ RICART, nota 25, pp. 171-209; GONZÁLEZ CANALEJO, Carmen. *Las cuidadoras. Historia de las practicantías, matronas y enfermeras (1857-1936)*, Almería, Instituto de Estudios Almerienses, 2006.

El peso de los roles de género de aquella época llevó a muchos a considerar que las mujeres no tenían la suficiente capacidad para desempeñar con eficiencia esta profesión. Por los mismos razonamientos se consideró a los varones más aptos para manipular los cuerpos de los pacientes anestesiados, abrir, disecar, amputar o resistir la presencia de la sangre en el campo operatorio. Aunque las primeras aspirantes no se incorporaron oficialmente hasta 1904, según Capel algunas solicitaron antes de esta fecha ingresar en las facultades de medicina para realizar estos estudios³⁶. Esta misma fuente cita que en el año 1900 ya se habían matriculado en las facultades de medicina extraoficialmente 8 alumnas. En resumen, cuando las mujeres tuvieron acceso oficial al título de practicante ya hubo, al menos dos promociones femeninas, que estudiaron en las aulas de las facultades de manera no oficial, lo que indica el interés de las mujeres por ejercer esta profesión. Y no es de extrañar, si tenemos en cuenta que la España conservadora y también, la Iglesia, puso una fuerte resistencia a la incorporación de las mujeres al mundo educativo y laboral, pues veían en ello un serio peligro de desmoronamiento de la familia. Por este motivo y como estrategia para abrir paso a otras mujeres en el campo de la profesionalización, las que impulsaron estos estudios, no tuvieron acceso al puesto de la gestión de las escuelas y lo ostentaron hombres de la cultura republicana, institucionistas e intelectuales progresistas en general. A este respecto hemos revisado tres casos secuenciados en el tiempo: un primer caso es el de la Escuela de Matronas proyectada por Pilar Jáuregui y dirigida por el higienista Ángel Pulido (año 1875); el segundo, el de la Escuela de Santa Isabel de Hungría, dirigida por el médico republicano Federico Rubio Galí (año 1896) y el tercero el de M^a Teresa Junquera subdirectora de la Escuela de Valdecilla cuya dirección en recayó en el médico Manuel Usandizaga (año 1929)³⁷. A principios del siglo XX, aunque ya no se problematizaba el derecho a la instrucción femenina, sin embargo, la consideración de la validez científica, la capacidad de gestionar y dirigir las escuelas profesionalizadas, era un derecho reservado a los varones.

36. CAPEL MARTÍNEZ, nota 25.

37. ÁLVAREZ RICART, nota 25, p. 182; DOMÍNGUEZ ALCÓN, nota 25, pp. 113-118; SILES GONZÁLEZ, José. *Historia de la enfermería*, Alicante, Aguaclara, 1999, pp. 249-250. ORTIZ GÓMEZ, nota 27, pp. 62-69, recoge algunos otros casos.

Completando los ingredientes del discurso androcéntrico que la historiografía de las mujeres sanitarias ha recogido³⁸, además entraron en juego los atributos y estereotipos exigidos a las que aspiraban a estas profesiones. A las aspirantes a enfermeras, practicantas o matronas se les requería ser obedientes, calladas, delicadas con los enfermos y abnegadas trabajadoras. El «ángel del hogar» como estereotipo de mujer ideal, pasó a ser en este caso, el «ángel del hospital».

Se puede verificar que las protagonistas femeninas de estos colectivos, como también lo llevaron a cabo las médicas, mantuvieron un discurso abierto en defensa de su capacidad para ejercer en el campo de la salud en igualdad de condiciones que los varones. Este y otros modos de contestación que a modo de crítica ejercieron, están lejos de la imagen de docilidad y frustración que se ha venido mostrando de las mujeres en la historiografía de los años ochenta e incluso de los noventa.

El escaso reconocimiento de la capacidad intelectual de las que ejercieron en el ámbito de los cuidados no solo afectó a éstas como alumnas y como gestoras, pues el esfuerzo llevado a cabo durante los avances progresistas de la segunda mitad del XIX no fue suficiente para reorganizar igualitariamente el trabajo entre hombres y mujeres. A principios del siglo XX aún faltaba mucho por recorrer a la hora de ser aceptadas sin menoscabo de sus capacidades intelectuales y reconocimiento como expertas en el campo de la salud.

Como conclusión a este punto, la reforma educativa que los gobiernos progresistas y liberales impulsaron a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del XX, fue lenta y paralela al ritmo secularizador que permitió progresivamente la incorporación laboral de las primeras matronas, enfermeras y practicantas contemporáneas. Si bien el número de escuelas y de alumnas matriculadas en estas profesiones fue muy escaso hasta la segunda década del siglo XX, la reforma de estos proyectos educativos no puede ser interpretada como un fracaso, pues el número cada vez fue en aumento, lo que tradujo en contundente realidad la presencia femenina en los espacios sanitarios tradicionalmente ocupados por hombres y congregaciones religiosas femeninas.

38. ORTIZ GÓMEZ, Teresa. Androcentrismo y género en medicina a lo largo de la historia. *Atención Primaria*, 2000, 26, 185-187.

4. Incorporación laboral y espacios de atención

Para contestar a las preguntas de en qué momento y por qué fueron contratadas institucionalmente las que ejercieron estas profesiones, hemos de recurrir a la microhistoria. El objetivo de este abordaje es que el contexto histórico que nos ocupa sea extrapolable a cualquier provincia o región española. El panorama de necesidades de salud derivadas de la cuestión social y la raquítica economía que envolvió el funcionamiento de los establecimientos sanitarios, son elementos clave para comprender el marco en el que se desarrolló la incorporación institucional de las matronas, enfermeras y mujeres practicantes. En el panorama local institucionalizado, las mujeres se hacen visibles a través de nóminas y contratos durante los primeros años de la década de 1870. Las noticias que se registran de otras provincias andaluzas indican que dicha incorporación también se llevó a cabo entre los años setenta y ochenta del siglo XIX³⁹. Concretamente en 1872, las necesidades de atención de parturientas pobres, especialmente madres solteras ingresadas en La Casa de Maternidad de Almería, impulsó la contratación de la primera matrona titulada⁴⁰. Una década más tarde, en 1882, la Institución contrató a la primera enfermera laica contemporánea que por vez primera fue nombrada nominalmente, cuya función específica era cuidar a las enfermas ingresadas en las salas de mujeres del Hospital. Tras estas primeras mujeres, se fueron incorporando otras matronas y enfermeras contratadas para hacer frente a un mayor número de acogidas. Los cuidados prestados durante las primeras décadas, se dirigieron especialmente a la asistencia de mujeres y expósitos⁴¹.

A juzgar por el proceso de transformación de la Institución Benéfica hacia una sanidad pública moderna, y visto el proceso a gran escala a lo

39. También en Granada, la primera matrona contratada en la Casa de Maternidad ejerció su actividad en torno a esta fecha. Véase MARTÍNEZ, Clara; ORTIZ, Teresa. Género y profesiones sanitarias. El trabajo de las matronas en Granada en el tránsito del siglo XIX al XX. In: Jesús Castellanos et al. (eds), *La medicina en el s. XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*, Málaga, SEHM, 1998, pp. 603-610. Véase también los libros de Actas de los congresos de Historia de la Enfermería, años 1998 y ss. Numerosos son los trabajos de pequeña extensión que a este respecto se han publicado a lo largo de todos los números de la revista *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*.

40. Archivo Diputación Provincial Almería (En adelante, ADPA). Libros del Hospital, Sig. 1879, año 1872.

41. ADPA (Sección Beneficencia). Libros de Actas de las Sesiones Plenarias, Legajos: 11, 119, 1478, 66, 146,268. Años: desde 1881 a 1918.

largo de los casi ochenta años que abarca el periodo de estudio, se confirma que hubo avances en cuanto al panorama de salud pública se refiere. La incorporación femenina suavizó el panorama del grave problema de mortalidad materno-infantil, pues los cuidados que las mujeres proporcionaron estaban avalados por muchos siglos de experiencia y conocimientos que a partir de ahora habían adquirido en las facultades y escuelas especializadas. En este sentido, la función del cuidado hacia las asistidas comenzó a dar resultados apenas dos décadas después de trabajo femenino realizado, pues la mortalidad infantil se había reducido en Almería en un 25% en los primeros años del siglo XX⁴². Además de la disminución de la mortalidad infantil, la esperanza de vida de los almerienses se había elevado de 25 a 30 años de edad durante este tiempo⁴³.

Sin embargo, los esfuerzos políticos e institucionales locales fueron escasos por no decir inexistentes, en el reconocimiento de una igualdad de oportunidades entre los hombres y mujeres que ejercieron en este campo. Las grandes asimetrías de género perduraron en el tiempo y se siguieron manteniendo, a pesar de las reformas socio-sanitarias que se fueron conquistando para la provincia.

De la primera matrona y enfermera recién incorporadas en la Beneficencia de las que hay constancia a comienzos de los años setenta y ochenta del siglo XIX, se produjo un incremento a 32 mujeres en la capital almeriense, en el año 1930. Diez de ellas, ejercían como enfermeras, veinte como matronas y, dos como practicantes; si bien cabe decir, que muchas de las que obtuvieron este último título, ante las enormes trabas que suponía competir con la corporación de practicantes, fuertemente masculinizada, optaron por obtener pocos años después, la titulación de matrona ejerciendo la matronería de forma preferente. En las nóminas y libranzas de pago aparecen con nombramientos en la Beneficencia Provincial y Municipal, donde por vez primera para la historia local se nombran individualmente con nombres y apellidos⁴⁴.

Las enfermeras desempeñaron su labor asistencial en las salas de mujeres del Hospital, Hospicio y Manicomio. Las matronas y practicantas, además de asistir en las salas de partos de la Casa de Maternidad y salas de mujeres del Hospital, también ejercieron la asistencia domiciliaria. En este caso, su

42. GÓMEZ DÍAZ, nota 10; PALACIOS CARREÑO, nota 8.

43. AZNAR SÁNCHEZ, nota 24.

44. GONZÁLEZ CANALEJO, nota 35.

radio de actuación se centraba en los barrios más humildes de la capital donde se concentraban las mayores capas de pobreza femenina⁴⁵.

También es muy probable que el número de mujeres de cada grupo profesional fuera más numeroso que el proporcionado por las relaciones de nóminas y nombramientos que constan en los libros de la Beneficencia y Asociación colegial de Practicantes. Al colectivo global de 32 mujeres existentes a finales de la década de los años veinte, habría que añadir el número de las que ejercían de forma autónoma, cuestión difícil de valorar al no estar registradas en su totalidad en el censo municipal. Tampoco en esta fecha estaban colegiadas todas las matronas y practicantas. La relación de mujeres que aparece en el censo colegial realizado en 1929 no recoge a todas las componentes de este grupo, al no colegiarse obligatoriamente en la provincia hasta el año siguiente.

El panorama local presenta como rasgos característicos una clara dificultad para la autonomía laboral y asociativa, una lenta y tardía incorporación de enfermeras tituladas, ya que las que se registran poseen un certificado de aptitud expedido por la misma Institución. Otro rasgo característico es una acentuada discriminación salarial, más acentuada en el colectivo de las enfermeras, quienes en 1930 cobraban un tercio con respecto a los enfermeros y menos salario en relación con otras enfermeras del resto de provincias andaluzas. Las practicantas y matronas cobraron desde su contratación en los años ochenta y durante el primer tercio del siglo XX, el 50% menos del salario percibido por los practicantes⁴⁶. Pero a pesar de estos factores en contra se confirma que desde los comienzos de los primeros nombramientos, hubo progreso en lo que respecta a la contratación de femenina de los tres colectivos, lo que indica que el avance podría haber sido mucho mayor.

El perfil que dibuja a las cuidadoras no es homogéneo en lo que al origen social se refiere. La mayoría de matronas y practicantas, provenían de una pequeña burguesía comercial rural y urbana que se fue instalando a mediados del siglo XIX en el ensanche de la ciudad, en las calles de la capital habitadas por una incipiente capa urbana atraída por el movimiento económico del mineral y la exportación uvera. En cuanto a las enfermeras

45. GONZÁLEZ CANALEJO, nota 35, pp. 206-210

46. AMA. Sig. 1-A. Libros de nóminas y sueldos del personal. Legajos 11, 119, 1478, 66, 146, 268, años 1881 a 1918, ADPA; También puede consultarse en la serie de Libros de Registro de Personal nº 25 correspondiente a los años: 1885-86, 1893-95, 1901-1904, 1907-1928, 1930.

contratadas en el Hospital y el Manicomio, su origen social indica una clara procedencia obrera y popular. Este fenómeno tiene su explicación debido a las escasas escuelas existentes en España que ofertaran enseñanzas de enfermería por lo que esta profesión, en un principio, a excepción de las que vivían cercanas a las provincias más industrializadas como podían ser Madrid, Barcelona, Santander o Bilbao, fue accesible a muy pocas mujeres. De manera que, la mayoría, no tuvieron ninguna posibilidad de abrirse camino a esta profesión por la vía institucionalizada hasta que, a partir de la Segunda República comenzaron a crearse escuelas de enfermeras en todas y cada una de las capitales de provincias. Hasta entonces, la inmensa mayoría de las que fueron contratadas por las Diputaciones Provinciales eran mujeres de capas trabajadoras, generalmente casadas o viudas que veían una opción en el mundo sanitario para cubrir las necesidades de supervivencia doméstica quienes en su mayoría carecían de un título profesionalizado. En las observaciones de las hojas de nóminas, puede leerse el modo de acceso. La mayoría de las que ejercían como enfermeras habían estado en la escala de trabajo subalterno contratadas como costureras, cocineras, etc. que con la experiencia empírica acumulada como cuidadoras en el ámbito doméstico, nociones básicas de alfabetización y dos años mínimos de trabajos prácticos en las salas del Hospital, podían promocionar a una plaza de enfermera⁴⁷. Y este panorama no mejoró hasta que a comienzos de la Segunda República se ampliara oferta de estas enseñanzas en la mayoría de las provincias y en 1934 se perfilaban las competencias de las enfermeras diferenciándolas de las funciones de practicante.

El final de la Dictadura primorriverista y comienzos de la Segunda República es la fecha que se señala como lo que la Historia de las Mujeres ha denominado la reivindicación de un «feminismo igualitario»⁴⁸. En lo que respecta a las cuidadoras almerienses, lo que definiría aquí este término viene dado por la reivindicación de la consideración profesional, el funcionamiento de las alianzas con los practicantes y la conflictividad con

47. ADPA (Sección Beneficencia). Legajo 810, años 1915-1937; legajos 11, 119, 1478, 66, 146,268, años: 1881 a 1918.

48. NASH, Mary. Experiencia y aprendizaje: la formación histórica de los feminismos en España. *Historia Social*, 1994, 20, 151-172; NASH, Mary. Identidades, representación cultural y discurso de género en la España Contemporánea. *Cultura y culturas en la Historia*, 1995, 94, 191-203; SCOTT, Joan. Feminismo e historia. *La Correa Feminista*, 1996, 15, 109-121.

la Corporación de la Diputación en el reconocimiento de un salario digno e igual que el de los varones⁴⁹.

El debate de las cuidadoras basado en la denuncia de la discriminación de su práctica era, sobre todo, una reivindicación para la igualdad de oportunidades. Mientras las matronas y practicantas abogaron por la autonomía y el reconocimiento de una igual capacidad, las enfermeras mantuvieron un discurso más en sintonía con las aspiraciones de las capas trabajadoras. Así lo confirman las protestas canalizadas ante la intensa jornada laboral o las realizadas por la discriminación salarial con respecto a los enfermeros. Elementos clave que las distingue como grupo femenino local.

5. Aportación a la salud y el bienestar social. Las distintas categorías de cuidados

En el año 1861, una vez producidas las transferencias del Hospital y el resto de los Establecimientos sanitarios por parte de la Iglesia a la Corporación Provincial, se publicaron los primeros reglamentos que regulaban las funciones del personal laico del Hospital y la Casa de Expósitos de la capital⁵⁰.

El carácter oculto de las mujeres que ingresaban en la Casa de la Maternidad y la suma discreción que profesaron las comadronas en la práctica del servicio prestado, mantiene en el anonimato los nombres de las primeras matronas contratadas institucionalmente, quienes fueron las primeras en sentar las bases de un progresivo bienestar en la salud materno-infantil⁵¹.

El número de mujeres asistidas por la Administración Benéfica de entonces, era aún escaso. Las estadísticas reflejan que raramente se sobrepasaba la media docena de asistidas al año. Este factor, unido a la miseria económica del Hospital heredada de la administración eclesiástica, hizo inviable que la Administración contara con una matrona permanente hasta 1872. Hasta esta fecha, fueron las Hijas de la Caridad las encargadas de

49. *El Practicante Almeriense*, años 1920 a 1923 y 1928 a 1929; Legajo 803/43, años 1928 y 1939.

50. ADPA (Sección Beneficencia). Reglamento del Hospital de Santa María Magdalena de la Capital, 1861.

51. ADPA (Sección Beneficencia). Leg. 87. Cuaderno secreto de las que ingresan en Maternidad, 1887.

avisar a una matrona titulada en las horas premonitorias al parto, cuya asignación económica era de 60 reales por cada mujer atendida. Generalmente, las mujeres eran asistidas en su domicilio particular, pues la excepción la constituían aquellas que sufrieron mayor marginalidad al haber concebido hijos fuera de la unión marital. Sólo en estas ocasiones o, si existía la sospecha de un parto complicado, las mujeres pobres eran atendidas en la Casa de la Maternidad.

La asistencia de madres solteras fue aumentando con el tiempo. De las cuatro asistidas en el año 1861, la cifra se amplió a 50 al finalizar aquella década⁵². El índice de mortalidad maternal era entonces muy elevado. Se estima en torno al 10%, frente al 5.4% que se registra en esta época en Inglaterra⁵³. Además hay que resaltar un elevado índice de mortalidad neonatal. De las 50 mujeres atendidas, nacieron 52 niños de los cuales murieron 17 a las pocas horas de su nacimiento. Los servicios prestados por las matronas eran todavía eventuales. Las que eran tituladas no abundaban, y las que existían, preferían trabajar de forma autónoma, pues la Institución pagaba tarde y mal.

Entre los años setenta y noventa, la asistencia mejoró ostensiblemente a pesar de que el número de partos se triplicó. La dedicación de las matronas había pasado de ser parcial y practicarse de forma transitoria en 1872 a tener, siete años más tarde, obligada permanencia de 24 horas en la Casa de Maternidad⁵⁴.

Las distintas tipologías de prácticas cuidadoras estuvo marcada por los roles sexuales de aquella época y los espacios donde se llevó a cabo la asistencia. Por una parte, la Ley de Beneficencia de 1849 había establecido desde entonces la obligación de atender a las mujeres en sus propios domicilios y, en caso de que éstas se encontraran sin ningún tipo de recursos y sin hogar, serían acogidas en las Casas de Maternidad y las salas de los

52. ADPA (Sección Beneficencia). Sig. 1580, años 1861-1869. Libro de relación de parturientas de la Casa de la Maternidad (1861-1869). De las 50 mujeres que fueron atendidas, 4 murieron como consecuencia del parto y 3 de ellas se desconoce el desenlace al no registrarse ninguna observación.

53. TOWLER, Jean; BRAMALL, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson, 1997, p. 171. En algunas ciudades como Liverpool, el índice era aún menor. En el año 1873 era de 3,5 % y de 2,9 en 1880.

54. ADPA (Sección Beneficencia), Sig. 65. Serie: Libros del Hospital, 1879.

hospitales existentes en cada capital de provincia⁵⁵. Pero, por otro lado, la sexualización de las tareas, la subordinación de las mujeres hacia los grupos masculinos y el modelo educativo desigual en el que se basaron las enseñanzas de estas profesiones, determinaron modos genuinos de atención en cada uno de los colectivos femeninos que nos ocupa.

Según fuentes primarias se registran tres tipos de mujeres a las que se asistía de forma gratuita: las presas, las pobres de solemnidad y, las de «incógnito», también registradas como las «ocultas»⁵⁶. Las primeras, eran trasladadas desde la cárcel en fechas próximas al alumbramiento. Una vez restablecidas, regresaban al establecimiento penitenciario con los recién nacidos. El segundo grupo, lo constituían las pobres de solemnidad. El perfil corresponde a mujeres casadas cuyo parto se preveía complicado. El tercer sector, corresponde a las que daban a luz de «incógnito», también denominadas mujeres «ocultas». Este grupo era mayoritario, configurado por el 80 % del total de las asistidas. Motivos de índole moral y económica obligaban a una mayoría de mujeres solteras a abandonar a sus hijos en la Casa-Cuna de la capital. Socialmente, «las ocultas» eran las más marginadas, pues la Iglesia condenó de forma inexorable la concepción fuera de la unión marital.

A medida que fue avanzando la reforma asistencial y se amplió la cobertura sanitaria del sector femenino, se dictaminó que la Casa-Cuna y la Casa de Maternidad fueran espacios contiguos. Todo este recinto dedicado a la infancia y a la maternidad tuvo con el tiempo una puerta de entrada y salida independiente del resto de los enfermos del citado Establecimiento. Esta medida se realizó con el fin de salvaguardar el secreto de alumbramiento de las ocultas. Decisión que fue acertada, pues motivó a muchas mujeres a dejarse atender por las expertas matronas y cuidadoras de la Institución, alejándolas de las curanderas y parteras que actuaban sin título, lo que redujo cada vez más el índice de morbi-mortalidad. Hubo, además, otros factores que condujeron a la remodelación de los espacios, tal y como fue el trabajo permanente de las cuidadoras. Del mismo modo que las nodrizas internas dormían desde la creación de la Casa-Cuna, junto a los recién nacidos, la matrona disponía de una habitación propia contigua a la sala de partos. También la enfermera y, posteriormente las practicantas,

55. MARTÍNEZ ALCUBILLA. *Diccionario administrativo. Ley de Beneficencia Pública (1882)*, 4ª ed., 1887, p. 1047.

56. ADPA (Sección Beneficencia). Leg. 87.

tenían una estancia próxima a la sala de mujeres a las que cuidaban. Todas estas salas de asistidas y dormitorios de las cuidadoras, constituyeron una amplia gama de espacios que facilitó la convivencia femenina, a la vez que servían de escenario a los diferentes modos de atención.

La preservación de la vida, el derecho a una asistencia digna, y el cuidado materno-infantil son rasgos esenciales en los que se apoyaron los cuidados. Las matronas llevaron a la práctica una serie de actividades más amplias que la mera técnica del parto. Proporcionaban una atención integral a las mujeres. Mediaba una relación humana entre la mujer-matrona y la mujer asistida, pues las cuidadoras fueron «comprendedoras» de las difíciles circunstancias de las mujeres a las que asistían. A juzgar por la forma en que las matronas mantuvieron el secreto de las ocultas, debió existir complicidad y una comunicación entre las asistentes y las asistidas que disipó las diferencias sociales de las mujeres que compartieron aquellos espacios. En las anotaciones realizadas en el *Cuaderno secreto de las que ingresan en Maternidad*, de 1887, puede observarse el cuidado que las matronas pusieron para no revelar el nombre de las atendidas⁵⁷, suavizando la difícil experiencia vivida por las ocultas y manteniendo la dignidad de las mujeres.

El derecho a la asistencia digna que defendieron las comadronas no solo viene dada por la forma en que éstas atendieron a las mujeres. También se rigió por la defensa de lo que consideraron el derecho de asistencia cualificada por las que institucionalmente estaban capacitadas para llevar a cabo tal práctica. Las funciones de asistencia desempeñadas por las matronas no solo fueron usurpadas por médicos, practicantes e intrusas como la comadre, vecina o partera sin título⁵⁸. También la ejercieron las religiosas.

La presencia de las religiosas en las salas de paritorio es un factor clave para comprender el escaso número de matronas contratadas hasta los años veinte. En el año 1923, continuaba existiendo en la Casa de la Maternidad una única matrona. A medida que se avanzó en derechos y libertades, las normas explicitaron que las Hijas de la Caridad no cuidarían de las salas

57. ADPA, nota 51.

58. Los casos de intrusismo se constatan a nivel de la geografía española. Se referencia en prácticamente la totalidad de las fuentes citadas sobre matronas. Véase, por ejemplo, a ORTIZ GÓMEZ, Teresa. Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada. *Dynamis*, 1992, 12, 323-346 y nota 39; *El practicante Almeriense*, años 1920-1929 o *La Matrona Hispalense*, 1929.

de las parturientas, ya que esta función correría a cargo del personal laico autorizado.

En cuanto a la Casa de Socorro y otros establecimientos creados a principios del nuevo siglo, no existe constancia de que las mujeres llevaran a cabo ninguna actividad hasta épocas muy tardías, porque el objetivo al que se destinaba su asistencia era la atención de urgencias. El perfil de enfermos asistidos corresponde a trabajadores accidentados a los que, incluso, se les prestaba tratamiento quirúrgico de corta estancia. Así pues, todo apunta a que si algún parto hubo que atender de urgencia, lo llevaron a cabo los médicos o practicantes que allí trabajaban. Esto también ocurría en los anejos y zonas rurales, donde había médicos adscritos a estas zonas⁵⁹.

En el ámbito domiciliario las «matronas visitadoras» como se las denominaba, llevaban un seguimiento de las asistidas durante los días posteriores al parto. El objeto era vigilar la aparición de cualquier síntoma premonitorio de complicación. También realizaban la higiene diaria del recién nacido y proporcionaban educación sanitaria a las madres. La asistencia era gratuita, tal y como prescribía la filosofía que emanaba de la Ley de Beneficencia y la asistencia sanitaria liberal que marcó los albores de un mayor bienestar social. Este principio básico del cuidado materno-infantil y el derecho a ser recibido por las mujeres que lo necesitaran constituyó en 1929 una de las reivindicaciones más patentes de las matronas andaluzas. Este fue el antecedente que sentó las bases para el establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad puesto en marcha en el año 1931⁶⁰.

En cuanto a las practicantas, en la teoría de los reglamentos estaban habilitadas para el ejercicio de pequeñas operaciones, como ayudantes en las intervenciones de cirugía mayor, auxiliares de la Sanidad Municipal en la lucha contra las enfermedades infecciosas... etc. En casos restringidos tipificados por la Ley, podrían actuar de matronas siempre y cuando no existiese ninguna titular en algún distrito urbano o pueblo. Sin embargo, el carácter racionalmente biotécnico en el que se diseñó este título y la exclusión de las mujeres de esta profesión hasta 1904, no deja lugar a dudas sobre el monopolio masculino en el que se mantuvo esta práctica a lo largo de su existencia. Aunque a nivel normativo sus obligaciones no distaban de las de los practicantes, sin embargo, la práctica de las prac-

59. AMA. Reglamento orgánico de la Beneficencia Municipal de Almería, 1918.

60. *Seguro de Maternidad: Convenio con la Federación Española de colegios Oficiales de Matronas*. Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1931.

ticantas estuvo impregnada de los rasgos domésticos impuestos por los roles sexualizados. Éstas cubrían la atención de las enfermas de cirugía a su cargo, mantenían, esterilizaban y preparaban los aparatos y material quirúrgico, pasaban visita con los facultativos y anotaban los medicamentos que requería cada paciente. Administraban medicinas, observaban los síntomas para informar al médico en caso de complicación, realizaban curas y en las salas de partos, ayudaban a las matronas e, incluso, las sustituían en ausencia de estas⁶¹.

Finalmente, con respecto a práctica ejercida por las enfermeras cabe indicar que, tras muchos años de conflictividad con los practicantes en el reconocimiento de sus competencias, a finales de 1934 les fueron reconocidas cinco funciones, todas ellas enraizadas en el cuidado: la higiene, la investigación en la lucha antivenérea, la aplicación de cuidados básicos a los enfermos en las salas de hospital, el cuidado de los enfermos mentales, tanto en los manicomios como en la visita domiciliaria y, por último, la enseñanza domiciliaria de la higiene a modo de educación sanitaria popular. Estas eran las cinco funciones adscritas al cuidado de la ciudadanía que caracterizaron las enseñanzas y la práctica de las «Nuevas enfermeras», las cuales no fueron reconocidas oficialmente hasta el Gobierno de la Segunda República Española⁶².

La educación sanitaria iba dirigida a las madres. En definitiva, mujeres a quienes las enfermeras enseñaron la importancia del niño sano y de la higiene en los domicilios.

Una vez más, los espacios fueron una clave determinante para el desarrollo del trabajo femenino. En el ámbito hospitalario, la realidad fue que las enfermeras estuvieron confinadas como auxiliares de los médicos y mantuvieron conflictividad de autonomía en relación con los practicantes. Sin embargo, cuando años más tarde se incorporaron al ámbito domiciliario, desarrollaron funciones mucho más amplias y con mayor grado de autonomía. Por ejemplo, las que trabajaron en el servicio oficial antivenéreo investigaban los focos de infección y enseñaban profilaxis a jóvenes inexpertas que desconocían los peligros por los que habían sido contagiadas. Aquellas que trabajaban en la asistencia de los enfermos mentales, visitaban a domicilio a los enfermos tratados previamente en la consulta médica

61. ADPA. Reglamentos de la Beneficencia Provincial, años 1924 y 1927.

62. BERENGUEL, Francisco. La enfermera y sus funciones en relación con los practicantes de medicina y cirugía en el derecho positivo español. *El Practicante Aragonés*, 1934, pp. 11-21.

y mantenían contacto con los familiares de los asistidos para conocer el medio ambiente y todo lo que pudiera influir en su enfermedad. Solicitaban una visita al médico oficial de la consulta en los casos de urgencia, se aseguraban de que los tratamientos se aplicaban debidamente e invitaban a los enfermos y a los familiares a que asistieran al dispensario de salud para que los médicos pudieran valorar el estado de los pacientes. Todas y cada una de estas actividades propias del cuidado que los propios practicantes terminaron reconociendo, fue la contribución del trabajo llevado a cabo por las enfermeras⁶³.

6. Conclusiones

Al iniciar estas páginas nos hacíamos eco del estado de la cuestión de la salud de la ciudadanía y de la educación y trabajo de las mujeres que eligieron las profesiones de matrona, enfermera o practicante, cuya práctica era diferente a la medicina y a la ejercida por los practicantes. En las distintas categorías de cuidados hemos buscado a las primeras matronas, enfermeras y practicantes contemporáneas, quienes desempeñaron un papel decisivo en la mejora de las condiciones de vida de las capas más desfavorecidas y la salud de la ciudadanía, aportando nuevas categorías de cuidados los cuales fueron la base en los que se sustenta la práctica de la enfermería y matronería del presente.

Aunque podría pensarse, incluso esperarse, que dichos colectivos femeninos desarrollaran prácticas médicas o derivadas de esta, se confirma que esto no fue así. El eje de su práctica se basó en el desarrollo de los cuidados, cuyo rasgo esencial mantenido a lo largo de los siglos se había centrado en promover la vida, la comunicación con los enfermos y la educación sanitaria popular, más que la curación en sí misma. Esta práctica se renovó en las reformas educativas que se sucedieron desde 1857, hasta los albores de la Segunda República, constituyendo lo que los coetáneos denominaron las «nuevas profesiones», «clases auxiliares sanitarias» o grupos de «menor jerarquía». Las mujeres que optaron por estas profesiones desarrollaron un amplio abanico de actividades cuidadoras, diferentes a las realizadas por

63. BERENGUEL, nota 62, pp. 11-21

médicos y practicantes, quienes centraron su praxis más en los aspectos curativos y técnicos de la salud.

En el plano local de la provincia de Almería y, también general, el panorama de la salud pública en la segunda mitad del siglo XX, era desolador. Las necesidades de salud, las reformas asistencial y educativa, y el deseo de los poderes públicos de resolver el problema derivado de la «cuestión social» de una forma económica favorable a las arcas municipales, fueron las constantes que marcaron la oferta de trabajo institucional para los citados grupos femeninos.

La incorporación al escenario sanitario se produjo a partir de 1872 a través de la contratación de la primera matrona titulada. Una década más tarde se contrataron nominalmente las primeras enfermeras sin título. El tardío reconocimiento oficial de este título y los continuos conflictos que los practicantes mantuvieron con las enfermeras fueron, entre otros, los principales factores que ralentizaron su proceso organizativo y educativo. Finalmente, a partir de la primera década del siglo XX se incorporaron las primeras practicantas. Así pues, los primeros años del nuevo siglo marca un punto de inflexión en la historia de las que ejercieron estas profesiones al desarrollar su actividad conjuntamente los tres grupos femeninos. También es la fecha a partir de la cual se produce una disminución de la morbi-mortalidad infantil y un aumento de la esperanza de vida media en la población local donde hemos centrado la microhistoria. ■

