

# Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea

María Eugenia Galiana-Sánchez  
Josep Bernabeu-Mestre  
*Universidad de Alicante*  
Rosa Ballester Añón  
*Universidad Miguel Hernández*

## Resumen

La reconstrucción histórica de las prácticas de salud de las mujeres, tomando el caso español como campo de pruebas y modelo de análisis, constituye una de las líneas directrices de éste trabajo. Sobre la base de una importante cantidad de estudios empíricos, ajenos y propios, centrados muy en especial en el área de la enfermería, se puede delinear una imagen de conjunto sobre el trabajo sanitario de las mujeres, en el espacio geográfico y temporal objeto de nuestro estudio y contestar así a una serie de cuestiones en las que lo experto, la experiencia, la autoridad y los procesos de legitimación profesional están omnipresentes. La segunda de las vertientes abordadas es la de las mujeres como pacientes y usuarias de prácticas de salud. Las llamadas "patologías de mujeres" como la clorosis o la neurastenia y el significado histórico del protagonismo de las mujeres en las campañas y programas de educación sanitaria son otros tantos ejemplos que permiten desvelar discursos cargados de elementos ideológicos tradicionales pese a su aparente barniz de modernidad. Como principales conclusiones, hay que destacar la importancia que alcanzaron los discursos androcéntricos en temas concernientes a salud y mujer de forma global, o los más específicos como el del culto a la fecundidad para justificar unas tareas sociales diferentes y complementarias a las del hombre, además de señalar la conveniencia de explorar nuevos caminos a recorrer, tanto desde el punto de vista temático como en lo relativo a los recursos heurísticos.

## Palabras clave

Prácticas sanitarias de mujeres, Patologías de mujeres; Sanidad española contemporánea, Campañas sanitarias

Códigos JEL: J70, J31, J21, J16

Fecha de recepción del original: 14 de febrero de 2014; versión definitiva: 12 de noviembre de 2014

María Eugenia Galiana-Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre  
Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante  
Apartado de correos 99, 03080 Alicante. E-mail: [galiana@ua.es](mailto:galiana@ua.es) [Josep.bernabeu@ua.es](mailto:Josep.bernabeu@ua.es)  
Rosa Ballester Añón  
Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández  
Ctra. Nacional, N-332, s/n, 03550 Sant Joan d'Alacant (Alicante). E-mail: [rosa.ballester@umh.es](mailto:rosa.ballester@umh.es)

WOMEN, HEALTH AND HEALTH PROFESSIONS: HISTORIOGRAPHICAL REVIEW AND CASE STUDIES IN CONTEMPORARY SPANISH HEALTH SYSTEM

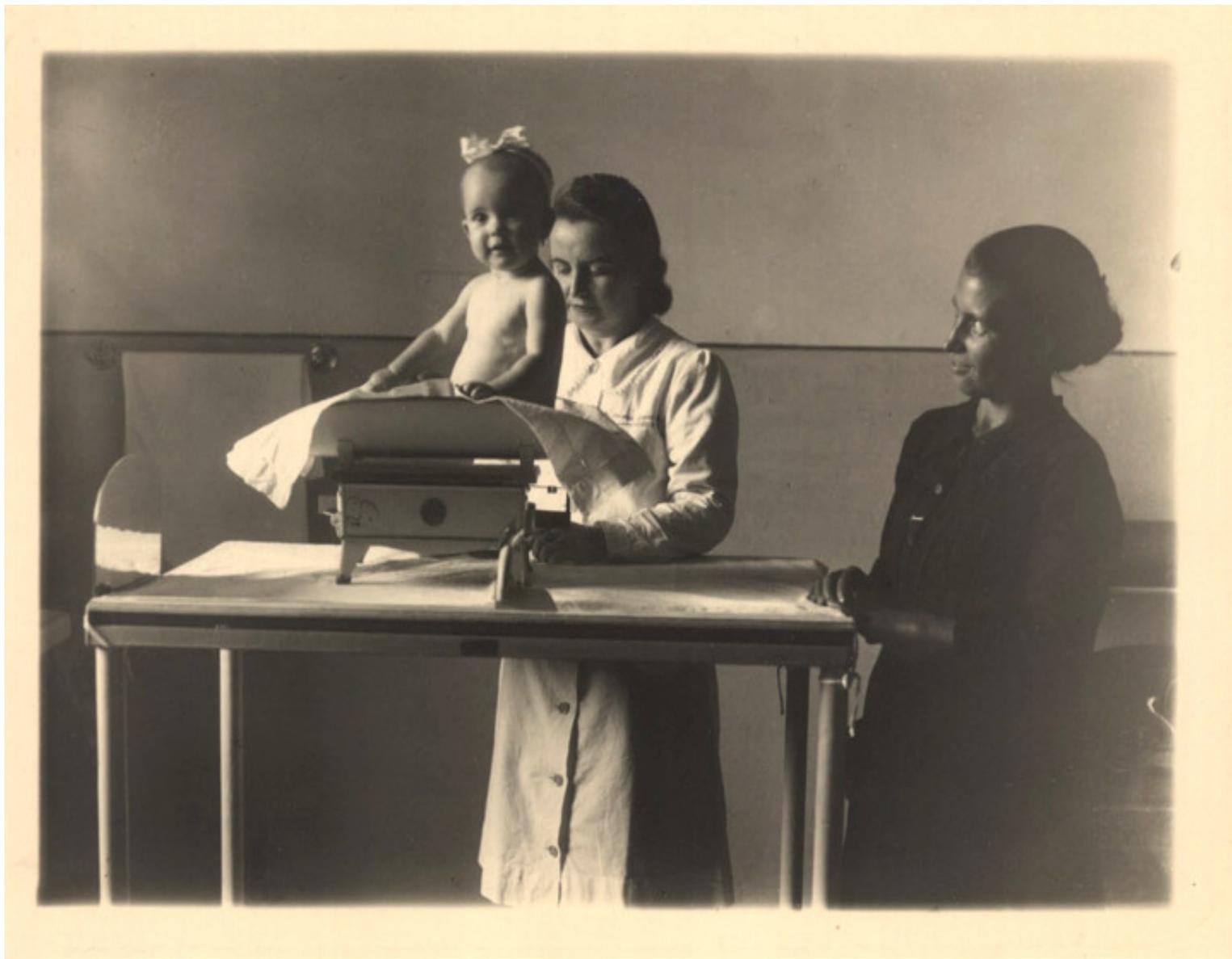
## Abstract

The historical reconstruction of health practices of women, taking the Spanish case as a testing ground and model of analysis, is one of the basic guidelines of this paper. Based on an important amount of empirical studies, focusing in particular in the area of nursing, we can have an overall picture of the health work of women in the geographic space and time of our work and thus, answer a series of questions in which the expert, the experience, authority and professional legitimation are omnipresent. The second of the aspects addressed is that of women as patients and users of health practices. So-called "diseases of women", as chlorosis and neurasthenia and the historical meaning of the role of women in health campaigns and health education programs, are all examples to reveal discourses full of traditional ideological features despite its apparent veneer of modernity. As the main conclusions, we must highlight the importance reached in androcentric discourses on issues concerning health and women globally, or the more specific as the fertility cult to justify different and complementary social tasks of a man, besides pointing out the desirability of exploring new paths to follow from both thematically and in terms of the heuristic tools.

## Keywords

Health practices of women, Diseases of women, Spanish Contemporary Health, Health campaigns.

JEL codes: J70, J31, J21, J16



Fuente: Archivo Provincial de Cáceres, Caja 14-01471

# Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea

María Eugenia Galiana-Sánchez

Josep Bernabeu-Mestre

*Universidad de Alicante*

Rosa Ballester Añón

*Universidad Miguel Hernández*

## 1. Introducción

Los estudios históricos sobre salud y género en España han permitido trazar una interesante panorámica que se ha ido fraguando a lo largo de los últimos años. Los temas que han despertado mayor interés entre investigadoras e investigadores se pueden agrupar en dos grandes categorías: el trabajo de las mujeres como sanadoras (Cabré y Ortiz, 2001, 2009; Cabré, 2008), matronas (Moral de Calatrava, 2003, 2005; Ortiz, 1999; Salazar et al., 2008, Salazar, 2009), enfermeras (Bernabeu-Mestre y Gascón-Pérez, 1999; Ruiz y Jiménez, 2001, Gascón-Pérez, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2002; González, 2007, 2010; Miró-Bonet, Gastaldo y Gallego, 2008; Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre y García-Paramio, 2010) o médicas (Cabré y Ortiz, 2001; Ortiz, 2005, 2006b); y la reconstrucción del papel asignado a las mujeres como pacientes y usuarias de las prácticas de salud. En esta última categoría se incluyen, además de los trabajos relacionados con las patologías de mujeres (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez, Cid y Esplugues, 2009), los que han abordado las experiencias de la enfermedad de pacientes (Pérez, 2003), la influencia de las políticas de salud y sexualidad (Ruiz y Castellanos, 2002; Santesmases, 2008; Barona, 2008), y los estudios que incluyen descripciones y construcciones de la feminidad y del cuerpo de las mujeres en los textos médicos y científicos (Aresti, 2001).

Así mismo, las desigualdades de género en temas sanitarios no solo están presentes sino que son, a menudo, el hilo conductor por donde discurren los discursos, elaborados desde la historia de las mujeres, como pacientes, como cuidadoras, como estudiantes, como profesionales de la salud y como científicas trabajando en este amplísimo e interdisciplinar campo del saber. Por otro lado, no hay que olvidar que todos estos caminos tienen como telón de fondo una fundamentación común: el papel que la medicina ha jugado en la propia construcción del género a través del uso de un lenguaje concreto para explicar procesos fisiológicos y, sobre todo, el modo de conceptualizar e interpretar el cuerpo humano o elaborar los estereotipos que, desde lo biológico, alcanzan y permean el ámbito de lo social (Keller, 1989; Jordanova, 1999; Jiménez

y Ruiz, 1994; Barral, Magallón, Miqueo y Sánchez, 2001; Cabré y Ortiz, 2008; Bernabeu-Mestre, Cid, Esplugues y Galiana-Sánchez, 2008; Martin, 2013).

El trabajo que se presenta a continuación, se centra, por un lado, en llevar a cabo una revisión historiográfica y un estudio de casos en la sanidad española contemporánea, con una atención especial al campo de la enfermería, presentando algunos de los principales resultados de una línea de investigación propia que cuenta ya con una serie de estudios originales con abordajes novedosos. En segundo término, se trata de identificar aquellos aspectos que consideramos habría que abordar en el futuro.

## 2. Las mujeres como sanadoras. Enfoques, resultados y perspectivas

### Profesiones sanitarias, inequidad y género

La mayor parte de los estudios sobre las prácticas de salud de las mujeres a lo largo de la historia “tratan de sanadoras empíricas, enfermeras, nodrizas y médicas y muestran una realidad constante que parece transtemporal y, hasta donde nos permite la diversidad europea, también transcultural, como es el trabajo sanitario de las mujeres y su persistente interés por ser reconocidas como expertas en salud” (Cabré y Ortiz, 2001:13). A partir de un punto de partida común en el que los límites y las diferentes tipologías profesionales no están bien definidas, aparecen, ya en el periodo contemporáneo, configuraciones y espacios de prácticas y formación, cada vez mejor definidos. Veamos a continuación los ejemplos de las médicas y las enfermeras.

### Las médicas: saberes y prácticas

Como nos han dado a conocer diversos trabajos (Cabré y Ortiz, 1999 y 2001; Ortiz, 2006a) la historiografía de las mujeres,

la medicina y la salud, la iniciaron algunas médicas europeas y norteamericanas en las primeras décadas del siglo XX, con el objetivo de reconstruir el proceso mediante el cual las mujeres habían sido agentes de salud a lo largo de la historia, en diferentes espacios y situaciones, dándoles, de ese modo, una visibilidad de la que carecían desde el punto de vista historiográfico. Sin duda, como para el caso español nos dio a conocer un trabajo pionero (Álvarez, 1988) y, sobre todo, los excelentes trabajos de Consuelo Flecha (Flecha, 2001:217-238), la difícil y laboriosa incorporación de las mujeres a las Facultades de Medicina, tuvo un efecto revulsivo de extraordinaria importancia y comportó una serie de cambios que, de forma paulatina, condujeron a transformar el ejercicio de la profesión.

A partir de ese momento y con algunos matices diferenciales, la mayor parte de los trabajos sobre prácticas sanitarias de mujeres utilizan como herramientas conceptuales y metodológicas las categorías de género y relaciones de género entre las diversas profesiones y prácticas sanitarias. En cuanto a las temáticas abordadas, se analizan, entre otros contenidos, las formas de establecer la relación médico-paciente, el papel de las mujeres como autoras de obras científico-médicas, su interés por fomentar la educación para la salud en las mujeres a través de la popularización de los conocimientos, el asociacionismo o la constitución de identidades profesionales y de especialización. En España, los trabajos de Teresa Ortiz y de Montserrat Cabré y los de otros autores y autoras y grupos de investigación, citados a lo largo de nuestro propio trabajo, dan fe de la fecundidad e importancia que éstos estudios sobre prácticas sanitarias de mujeres, han tenido en las últimas décadas.

El acercamiento biográfico (Hernández Sandoica, 2012) como recurso metodológico, es un buen ejemplo de reconstrucción de unas experiencias vividas por unas mujeres que en los siglos XIX y XX y aún en el periodo bajomedieval y en la modernidad temprana (Cabré y Salmón, 2013). Los conceptos de autoridad y autoría femenina, autoridad y poder son muy útiles para valorar los textos médicos escritos por mujeres y analizar el reconocimiento social o no, de las prácticas sanitarias realizadas por ellas (Cabré y Salmón, 1999). Un ejemplo significativo de los análisis que se han llevado a cabo sobre las prácticas científicas de las mujeres, puede encuadrarse en un trabajo nuestro donde abordamos, a modo de estudio de caso, el relativo a la bióloga Isabel Morgan en los años cuarenta del siglo pasado (Ballester, 2007). Hija de un Premio Nobel, el genetista, Thomas Hunt Morgan (1866-1945), y mujer de brillante trayectoria investigadora en uno de los grupos más prestigiosos y potentes en el área de la inmunología dentro del Instituto Rockefeller, desarrolló una línea de trabajo sobre vacunas antipoliomielíticas con virus inactivados, cuya trascendencia es tal que ha sido uno de los motivos por los cuales la parálisis infantil ha sido erradicada en la mayor parte de los países del mundo. Las primeras hipótesis sobre su efectividad preventiva y los primeros experimentos, fueron obra de Isabel pero en el cenit de su carrera profesional, su vida llevó un rumbo totalmente diferente y desde los inicios de la década de los cincuenta, su nombre desapareció virtualmente como investigadora. Pues bien, desvelar las razones de este cambio y sus connotaciones de género, resultan del mayor interés. La

reconstrucción y el análisis de estos casos, debería formar parte del programa de trabajo de estos enfoques de género en profesiones sanitarias.

En este mismo terreno, una de las aproximaciones recientes de mayor interés ha sido la llevada a cabo por el grupo de historiadoras y científicas integradas en el Grupo de investigación Genciana de la Universidad de Zaragoza. Como muy acertadamente señalan allí, la comunidad científica es particularmente impermeable a las políticas igualitarias y la supuesta neutralidad de la ciencia enmascara, en no pocas ocasiones, la brecha de género de esos "colegios invisibles" que constituyen los comités que dirigen y evalúan las publicaciones científicas y no solo en lo referente a las revistas biosanitarias sino a otras áreas del saber (Miqueo, Germán de Bes, Fernández-Turrado y Barral, 2011:13-34). Recogiendo algunas de sus propuestas para futuros estudios, la utilización de fuentes orales, en el formato de historias de vida o de otro tipo de metodología cercana a éstas, realizadas en mujeres con trayectorias profesionales en el campo de la investigación biomédica, deberían formar parte de la futura agenda de estudios históricos, de historia del tiempo presente, en el campo sanitario con perspectiva de género. Un ejemplo de los excelentes resultados que este enfoque puede dar es un reciente trabajo (Delgado, Távora y Ortiz, 2013), en el que se exploran los discursos que una muestra de jóvenes mujeres médicas que trabajan en especialidades marcadas como femeninas (pediatría, medicina de familia y psiquiatría), construyen acerca de su experiencia profesional.

#### Luces y sombras en la historia de la enfermería

Las enfermeras, la mayoría de ellas mujeres, aunque hayan contribuido de forma importante a la historia de los cuidados y a la historia de las mujeres, han recibido escasa atención, tanto por parte de los historiadores e historiadoras de la medicina y la salud, como por las historiadoras feministas. En el primero de los casos puede haber influido la consideración misma de la profesión de enfermería a lo largo de la historia, concebida como una labor auxiliar, empírica e invisible para la ciencia. En el segundo de los casos el hecho de que la figura de la enfermera probablemente sea la que más se aproxima al estereotipo de mujer del que se pretende huir desde las filas feministas, lo que la hace poco atractiva para el estudio (Mortimer, 2005). Se da la paradoja de que lo que ha dotado a la enfermería de carácter propio -el cuidado como objeto de su actividad, el humanismo, el enfoque holístico y su carácter de cercanía y proximidad con las personas a las que cuida-, sea lo que se le ha vuelto en contra, pues se ha considerado que dicha actividad la alejaba de los enfoques positivistas y tecnológicos, es decir, los considerados más relevantes en el ámbito científico (Galana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2011).

El estudio de la historia de la enfermería es, por tanto, muy reciente, tanto en el ámbito internacional como en el nacional. La historia escrita de la enfermería moderna en los países de habla inglesa comenzó a construirse a mediados del siglo XIX, con objeto de reconocer y justificar una profesión emergente para mujeres respetables. A partir de 1960, coincidiendo con

la publicación de Brian Abel Smith, "A History of the Nursing Profession", se produjeron dos tendencias historiográficas. Se mantuvo, por un lado, la tendencia a ensalzar la disciplina, marcada fundamentalmente por la figura de Florence Nightingale y por las historias institucionales (Bridges, 1967), pero aparece un nuevo enfoque crítico a finales del siglo XX, al incorporar presupuestos conceptuales y metodológicos de la historia de la medicina, pero sobre todo de la historia social (Davies, 1980, 2007; McPherson, 2003; Sweet, 2007) y de la historia del género (Bunting y Campbell, 1990; Vicinus, 1985).

En el ámbito nacional la trayectoria historiográfica todavía es más corta y realmente no arranca hasta los primeros 80. Las circunstancias sociopolíticas de la España contemporánea, sobre todo desde finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, obstaculizaron y sometieron a altibajos lo que hubiera podido ser un proceso natural de profesionalización de la enfermería, interrumpiendo sus procesos formativos y su institucionalización (Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2011, Bernabeu-Mestre et al., 2013). Probablemente el trabajo de mayor interés de esta época sea "Los cuidados y la profesión enfermera en España" de Domínguez Alcón (1986), que aborda desde la perspectiva sociológica la evolución de la actividad de las cuidadoras en el ámbito hospitalario.

La historia de la enfermería en España todavía hoy sigue inmersa, de forma mayoritaria, en la necesidad de ensalzar y aportar luz sobre su contribución profesional a la asistencia sanitaria, por lo que los enfoques críticos e innovadores, aunque empiezan a estar presentes en algunas publicaciones, solo están iniciando su andadura (González y Márquez, 2000). A partir de ese momento, los trabajos publicados se ha centrado fundamentalmente en la práctica de la enfermería en el ámbito hospitalario, promovidos fundamentalmente desde el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería creado en 1989 en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid y que ha centralizado la mayor parte de publicaciones derivadas de los congresos y jornadas que viene celebrando. Otras aproximaciones, a las que nos referiremos a continuación, han empezado a consolidarse en las últimas décadas. En ellas se han empezado a incorporar corrientes historiográficas que los referentes internacionales planteaban como necesarios: la historia social, la historia del género o los estudios locales o microhistoria. También se ha incorporado el uso de nuevas fuentes: historia oral, historias de vida, y de forma lenta pero continuada, han ido surgiendo nuevas investigaciones, cuyos resultados y líneas de futuro se recogen a continuación en cuatro epígrafes:

a) La profesionalización/institucionalización de la enfermería comunitaria a través de su participación en campañas sanitarias

Parece existir cierto consenso en la literatura internacional sobre la idea de que la enfermería comunitaria, como elemento clave del movimiento sanitarista, constituyó uno de los mecanismos gubernamentales para la aplicación de medidas de orden social durante los siglos XIX y XX (Abel-Smith, 1960; Do-

lan, 1973; Baly, 1987; Dingwall, Rafferty y Webster, 1993; Kelly y Symonds, 2003). Su verdadera construcción no puede desvincularse de conceptos como la eugenesia o el feminismo, así como del establecimiento de las estructuras de género y de clase social características de la segunda mitad del siglo XIX (Kelly y Symonds, 2003:17). La primera organización de enfermería de salud pública surge en Liverpool a través del proyecto promovido por William Rathbone y Florence Nitingale con la organización de un grupo de enfermeras cuyas funciones eran las de visita domiciliaria a enfermos, educación sanitaria y asistencia social (Gascón-Pérez, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2002)

En España, las primeras enfermeras de salud pública (visitadoras sanitarias) aparecieron en la década de 1920, con retraso respecto a países del entorno europeo. Su proceso formativo se inició con los programas de la Cruz Roja, con los cursos de la Escuela Nacional de Sanidad y con los de las Escuelas de Puericultura (Bernabeu-Mestre y Gascón-Pérez, 1999). Estas figuras profesionales, novedosas en el contexto español, fueron formadas para desempeñar un papel clave en el desarrollo de la política sanitaria reformista que se había ido diseñando de forma progresiva durante las tres primeras décadas del siglo, aunque hubo que esperar hasta los primeros años de la década de 1930 para que alcanzaran sus mayores cotas de profesionalización. Hasta ese momento, la enfermería no había iniciado su proceso de institucionalización, por lo que el ámbito de la salud pública constituyó el contexto sanitario donde empezó a configurarse como profesión (Gascón-Pérez, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2002)

A partir de la Instrucción General de Sanidad de 1904, se promovió, por ejemplo, la creación de las Juntas Provinciales de Sanidad y se organizó una comisión de señoras para la vigilancia de la asistencia domiciliaria y la propaganda de la higiene materno-infantil. Las tareas de esta comisión pueden considerarse el precedente de la labor de la enfermera visitadora. Con la llegada de la Segunda República, las políticas de salud, permitieron intensificar la participación del Estado (Huertas, 1995; Perdiguero, Castejón, 2002; Barona, Bernabeu-Mestre, 2008) en campañas sanitarias contra la tuberculosis (Molero-Mesa, 1989), el tracoma (Galiana-Sánchez, Cremades y Bernabeu-Mestre, 2010) o la mortalidad infantil (Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2012). Para poder desarrollar un programa sanitario como el que puso en marcha la República, la figura de la visitadora sanitaria resultaba fundamental y se hacía necesaria su consolidación como colectivo profesional. Fue también en ese periodo, cuando la sociedad española incorporó elementos de mejora en la consideración de la mujer en relación con las etapas anteriores (Aresti, 2001). La proclamación de la Segunda República y la aprobación en diciembre de 1931 de la Constitución republicana, en la que las mujeres habían obtenido los mismos derechos electorales que los hombres, así como la aprobación un año después de la ley del divorcio, marcaron diferencias sustanciales en comparación con las décadas previas. Así pues, en un contexto ideológico y sociopolítico en el que existió una voluntad modernizadora generalizada, se pueden identificar los primeros logros profesionales y disciplinares de la enfermería, al colaborar intensamente en las campañas de mejora de la salud de la población

y superar su papel de mero auxiliar. Fue en este momento cuando se iniciaron las colaboraciones con otros profesionales, cuando se llevaron a cabo las primeras experiencias de asociacionismo y las primeras colaboraciones en publicaciones científicas (Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2011), y cuando participaron activamente en las campañas sanitarias a través de acciones específicas y coordinadas: lucha contra las enfermedades infecciosas como la tuberculosis o el tracoma, o la labor desarrollada en el ámbito de la puericultura y la salud materno-infantil.

Por ejemplo, su actuación en la campaña antituberculosa contó con iniciativas de gran interés, tanto desde los dispensarios antituberculosos, como a través de las visitas domiciliarias, colaborando, en definitiva, en la reducción de la mortalidad por tuberculosis (Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2011).

También en la campaña sanitaria contra el tracoma, enfermedad ocular causante de numerosos casos de ceguera, tuvieron una participación relevante. En este caso, llevaron a cabo, por ejemplo, la intervención sobre el medio escolar, en los casos de niños afectados de tracoma (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2011). Además de proporcionar continuidad a la inspección médico-escolar, a las intervenciones de los médicos locales y de los especialistas (oftalmólogos), y hacerse cargo de la educación higiénico-sanitaria, su labor permitía iniciar una actuación en el ámbito familiar y comunitario. Para cada alumno tracomatoso, las enfermeras abrían una ficha familiar y llevaban a cabo las visitas domiciliarias que permitían una evaluación de los factores de riesgo y la detección de los otros miembros de la unidad familiar que estaban afectados por la enfermedad, con lo que se podía proceder a su vigilancia desde el dispensario de higiene y someterlos a control y tratamiento, además de reeducarlos en cuestiones de hábitos y conductas higiénico-sanitarias. Como ocurría en la mayoría de las enfermedades denominadas sociales, la labor estrictamente sanitaria era insuficiente y los profesionales de la salud debían llevar a cabo una auténtica labor social. Las enfermeras visitadoras, en este sentido, jugaron un papel crucial al actuar como enlaces entre los tres ámbitos implicados: por un lado la población escolar y los maestros, por otro las instituciones sanitarias, médicos y servicios especializados, y por otro las familias y población general (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2011). Las visitadoras también ocuparon un papel central en el denominado «movimiento puericultor» y en las campañas de higiene materno-infantil (Trescastro, Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2011; Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2012). El trabajo llevado a cabo con las madres, a través de las visitas domiciliarias, es el principal exponente de las actividades de divulgación que realizaban las visitadoras.

Como se ha podido comprobar, el nivel de actividad que desarrollaron las enfermeras en el ámbito asistencial y de salud pública, fue muy destacado. Sin embargo, dicho desarrollo no siempre se correspondía con el grado de visibilidad que alcanzaron en los equipos de trabajo donde se integraron, en las publicaciones científicas o en los puestos de representación. Sería oportuno profundizar en el análisis de la influencia que cabe atribuir a la variable género, para intentar explicar aquella falta de visibilidad.

## b) Estado, políticas sanitarias y enfermería

La gran variedad de formas en que la enfermería se ha relacionado con el Estado es un asunto que cobra cada vez mayor interés por parte de los historiadores. Las investigaciones relacionadas con esta cuestión, pueden abarcar temáticas como la participación activa en políticas e iniciativas sanitarias, la configuración de la identidad profesional, las respuestas políticas y profesionales en determinadas circunstancias de crisis como los conflictos bélicos, o incluso los posicionamientos ideológicos frente a los regímenes políticos.

La participación de las enfermeras en el programa de colaboración científica y sanitaria con la Fundación Rockefeller en 1922, constituye un ejemplo de estudio de esta forma de relación con el Estado en el que tuvimos ocasión de profundizar desde nuestro equipo de investigación. Dicha iniciativa partió de un convenio de colaboración entre España y la Fundación que englobó un programa de cooperación por el que la Fundación se comprometía, por un lado, a sufragar parte de los costes de construcción y puesta en marcha de una futura Escuela de Enfermeras Visitadoras Sanitarias; y por otro, a financiar mediante bolsas de estudio, una adecuada formación de postgrado en enfermería de salud pública, para quienes debían asumir la responsabilidad de impartir la docencia en dicha institución. Del programa de formación de postgrado se beneficiaron un total de 14 enfermeras durante el periodo de tiempo comprendido entre 1931 y 1934. Estas enfermeras realizaron estudios en EEUU por un tiempo medio de dos años, con el fin de ser capacitadas para impartir docencia en la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias, que estaba previsto inaugurar en Madrid a finales de 1935. El comienzo de la guerra en julio de 1936 impidió la puesta en marcha de la Escuela, condicionando la trayectoria profesional y personal de buena parte de las enfermeras que se beneficiaron del programa y generando graves consecuencias para el desarrollo de la enfermería en nuestro país. Algunas de estas enfermeras, como consecuencia de estas circunstancias, tuvieron que exiliarse a Venezuela y se incorporaron a la sociedad venezolana, participando activamente en el desarrollo de la enfermería de aquel país a través de la dirección de la primera escuela de enfermería y de la creación de una publicación profesional propia (Gascón-Pérez y Bernabeu-Mestre, 1999; Gascón-Pérez, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2003).

El estudio que desarrollamos para estudiar la trayectoria de estas profesionales tuvo bastantes dificultades por algunos motivos que tienen que ver con las características del colectivo estudiado, mujeres, enfermeras y exiliadas, personas con escaso rastro documental y con menor visibilidad. Por ello, aparte de identificar y recoger información de las fuentes históricas escritas, se utilizó la historia oral, de gran utilidad para la historia contemporánea y del presente, y que ayuda a proporcionar voz a aquellos cuyos puntos de vista y valores no han sido recogidos, como es el caso que nos ocupa (Gascón-Pérez, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2003).

En el caso de la configuración de la identidad profesional, la historia reciente de la enfermería española dispone de un ejemplo paradigmático que es la creación del Título de Ayu-

dante Técnico Sanitario (ATS) en 1953. Este hecho, que puede parecer intrascendente, estuvo influido por el marco sociopolítico en que se produjo, la dictadura franquista, y también por un conflicto de género entre enfermeras y practicantes, que se remonta a las primeras décadas del siglo XX.

En el ámbito de las políticas de la salud, las primeras décadas de la dictadura franquista comportaron un claro retroceso en los avances que había experimentado la enfermería. La aparición, en 1953, de la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.), venía a certificar un proceso de retroceso de la enfermería al primar su carácter auxiliar y subordinado al ámbito de la asistencia hospitalaria. En aquel contexto, la respuesta del colectivo profesional enfermero a la sustitución del título de enfermera por el de ATS, sirvió para poner de manifiesto los problemas laborales que las afectaban, la discriminación por género respecto a sus colegas masculinos y las dificultades que planteaba su inserción en el sistema sanitario (Galiana-Sánchez, García-Paramio y Bernabeu-Mestre, 2009).

La regresión de la enfermería profesional durante este periodo no se puede desvincular del papel tradicional asignado a la mujer en la sociedad española. La subordinación a su papel de madre y esposa, relegándola al ámbito doméstico y excluyéndola de la toma de decisiones, se reflejó claramente en el proceso de evolución de la enfermería española. Durante este periodo, se profundizó en los valores tradicionales, se acentuó el aislamiento internacional y se obstaculizó el proceso de profesionalización y de modernización.

La nueva titulación, además, establecía una diferenciación de contenidos y organización de las enseñanzas en función del género. Así se manifestó en los planes de estudios, que contemplaban contenidos diferenciales, como la "Enseñanza de Hogar" para los ATS femeninos y los contenidos de "Autopsia médico-legal", sólo para los ATS masculinos. Igualmente, los estudios para ATS femeninos se cursaban obligatoriamente en régimen de internado, no siendo obligatorio esto último para los varones (Bernabeu-Mestre et al, 2013).

Las respuestas políticas y profesionales en situaciones de crisis, como los conflictos bélicos, también es un asunto de gran interés y que ha sido objeto de una interesante investigación por parte de un equipo de investigadoras catalanas (Valls et al., 2008). Este trabajo está basado en relatos de las experiencias vividas por enfermeras durante la guerra civil española y describe como estas profesionales cuidaron, acompañaron y paliaron el sufrimiento de los soldados heridos y de la población, aportando testimonios y análisis de los mismos de gran valor. Analizar estos hechos, reflexionar sobre el hecho en sí de las guerras, pasadas y actuales, y sobre el papel de las enfermeras en conflictos bélicos, es una línea de trabajo que señala nuevas direcciones en la historia de la enfermería.

Los posicionamientos ideológicos de algunos grupos profesionales frente a los regímenes políticos, y la utilización de la labor profesional como un vehículo ideológico también forma parte de la relación establecida con los Estados. En este sentido, el estudio de la labor profesional llevada a cabo por las enfermeras durante la dictadura franquista, ha dado lugar a unos de nuestros trabajos "Enfermeras para una nueva patria: género e ideología en la enfermería de Falange" publicado en el año 2010. En esta investigación, se pone de manifiesto cómo,

finalizada la guerra civil, Sección Femenina de Falange, tuvo el monopolio de la formación de las enfermeras y la organización de los servicios de enfermería. En este contexto, se crearon dos figuras relacionadas con la intervención comunitaria: las divulgadoras rurales y las enfermeras sociales. Las primeras de ellas, fueron figuras no profesionales dedicadas a la popularización de los conocimientos higiénicos en el seno de las familias. En 1942, se contaba con un equipo de entre 4000 y 5000 divulgadoras, distribuidas por toda España y concebidas para que, juntamente con Auxilio Social, conformaran las fuerzas necesarias para resolver los problemas educativos, alimenticios y de higiene de los niños, a través de una acción sanitaria teñida de connotaciones políticas e ideológicas. Las enfermeras sociales, por su parte, fueron formadas por Sección Femenina a partir de 1938. Para acceder a dicha formación, considerada una especialidad, era preciso disponer del título de enfermera de Falange y estar afiliada al partido. Su formación estuvo desde el primer momento enfocada a las funciones de educación social en el campo de la Puericultura y en la crianza de los niños.

En el contexto social y político de la España franquista, la posibilidad de disponer de un grupo de mujeres que pudieran vehicular la instrucción en materia sanitaria y los hábitos de vida en general, resultaba de gran interés para los responsables políticos. El análisis de su formación y de su labor, informa de las expectativas de intervención ideológica que suscitaba este grupo profesional. La característica más representativa de las funciones de la enfermería en este periodo es que su labor trascendió la atención sanitaria individual o colectiva original y se transformó en un instrumento de intervención política.

Las enfermeras sociales recopilaban datos a través de libros de informes y cuestionarios de investigación social, que se centraban en aspectos concretos según la situación familiar o social. Por ejemplo, existían cuestionarios específicos sobre vagabundos, sobre madres solteras, para casos de separación conyugal, o para viudas y huérfanos, que se detenían con minuciosidad en la esfera privada de las familias y que en el contexto represivo de la sociedad española suponía disponer de información comprometida. En todos ellos, aparte de los datos estrictamente sanitarios, se recogía información abundante sobre aspectos religiosos, políticos y morales, y posteriormente se ponía en antecedentes a las instituciones parroquiales, sindicales o políticas. Esta última característica, unida al hecho de la existencia de nuevas figuras profesionales, como las Informadoras Sociales, hace emerger nuevos elementos para la reflexión en torno a la utilización por parte de los regímenes totalitarios en general, y por parte de la dictadura franquista en particular, del gran potencial de intervención, vigilancia y control sobre los modos de vida de la población, que supusieron estos nuevos grupos profesionales (Miró-Bonet, Gastaldo y Gallego-Camín, 2008; Galiana-Sánchez, García-Paramio y Bernabeu-Mestre, 2009).

### c) Conflictos y reivindicaciones profesionales

La profesión de enfermería en España ha agrupado distintas secciones profesionales diferenciadas por género: en-

fermeras, matronas y practicantes. Por ello, para el análisis de los conflictos y reivindicaciones profesionales ha sido necesario incorporar la variable género. Por ejemplo, a través del conflicto público entre enfermeras visitadoras y practicantes, se analiza cómo el discurso androcéntrico ha estado presente en la historia de la Enfermería española y cómo ha venido contribuyendo, hasta nuestros días, en la estructuración de las competencias, y la distribución de responsabilidades y poder.

El conflicto entre enfermeras y practicantes se gestó con la constitución en 1935 del Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria y estuvo presente hasta la década de 1960. A través de una serie de artículos publicados en el periódico "El Sol", se puso de manifiesto la consideración profesional que llegaron a alcanzar las enfermeras en el periodo republicano, y la confrontación con los practicantes, quienes en un intento por dominar el espacio comunitario, reclamaban la exclusividad de las intervenciones de salud pública. El reconocimiento social de la figura de la visitadora se basaba en tres cuestiones: su formación, su desarrollo profesional y las posibilidades de colaboración- muy incipientes- que empezaban a adivinarse en áreas tan relevantes como la investigación. Todos estos elementos, unido a las necesidades sanitarias del momento, dieron lugar a la propuesta por parte de las autoridades educativas y sanitarias de unificación de todos los títulos en el de enfermera, acabando con todos los existentes, incluido el de practicante.

La respuesta a estas propuestas no se hizo esperar. En un número posterior de "El Sol" apareció un nuevo artículo firmado por un practicante en el que se rechazaban de pleno aquellas propuestas. Sin embargo, sus argumentos, lejos de basarse en fundamentos profesionales, se basaban en consideraciones que pretendían poner en valor la masculinidad de su grupo profesional y que respondían al hecho diferencial del género de ambos colectivos. En opinión de los practicantes, sus rasgos masculinos les permitían dominar con mayor habilidad los procedimientos técnicos, lo que los dotaba de una capacitación que no tenían las enfermeras. Consideraban que la tecnología era fundamentalmente masculina, por lo tanto la consideraban suya. Además consideraban que las actividades de salud pública, al desarrollarse fuera de las instituciones sanitarias, no eran adecuadas para las enfermeras; gran parte de la labor comunitaria se desarrollaba en las calles y domicilios y éste no era sitio para mujeres. De igual modo, también utilizaban el argumento del valor y de la fuerza física, supuestamente superior en los practicantes por el hecho de ser varones. En definitiva, para los practicantes la labor comunitaria cuya vertiente de ayuda a los procedimientos técnicos era la única que ellos consideraban relevante, era cosa de hombres.

Con la llegada del Franquismo, la situación socio-sanitaria y la brecha cada vez mayor entre hombres y mujeres, fue el escenario idóneo en el que se materializaron las tesis mantenidas por los practicantes. La unificación de los títulos en el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) puso el énfasis precisamente en lo que los practicantes habían venido reivindicando: su carácter auxiliar, su carácter técnico y la diferenciación de contenidos y organización de las enseñanzas en función del género (Bernabeu-Mestre et al, 2013).

También en el periodo franquista resulta de interés analizar las condiciones laborales de las enfermeras, en un momento en que el sistema relegó a las enfermeras a las consultas médicas, a desarrollar labores estrictamente burocráticas y auxiliares. Esta situación se vio acompañada de unos derechos laborales muy mermados. Por ejemplo, las enfermeras no tenían derecho a hospitalización, tratamiento ni asistencia gratuita ante una enfermedad contraída en el ejercicio de su profesión. La cuestión retributiva también podría calificarse como abusiva. Existía una gran variabilidad de honorarios y la mayoría no disfrutaba de trienios, ni quinquenios, ni beneficios sociales.

El intrusismo y la pésima consideración social y laboral era otro de los principales problemas que aquejaban a las enfermeras. Todos estos problemas iban acompañados de graves desigualdades y abusos en otras cuestiones como los concursos de traslado, las condiciones de jubilación, horarios, pagas extraordinarias, bajas por enfermedad, suplencias, vacaciones, etc., demandas de las enfermeras, que no fueron asumidas por los responsables sanitarios (Galiana-Sánchez, García-Paramio y Bernabeu-Mestre, 2008 y 2009).

d) La gestión del propio conocimiento: asociacionismo y publicaciones

La gestión del propio conocimiento es un tema clave en la configuración de una profesión. Analizar las oportunidades y las dificultades de las enfermeras en el momento de gestionar el conocimiento que se derivaba de su actuación como profesionales sanitarios, resulta fundamental para esclarecer el proceso de profesionalización de la enfermería. Las iniciativas de asociacionismo o la publicación de revistas profesionales son elementos importantes para analizar este tema. Por ejemplo, el análisis de la Asociación de Visitadoras Sanitarias, constituida en 1934 y la publicación de la revista "La Visitadora Sanitaria", órgano de expresión de la Asociación, ha resultado de gran utilidad. La Asociación, en la búsqueda de su espacio social, permitió a las visitadoras darse a conocer a la sociedad como profesión, a través de iniciativas como su participación en el Primer Congreso Nacional de Sanidad.

La asociación también trató de hacer visible sus actividades y puso en valor un modelo profesional innovador. Se encargó de la organización de conferencias de cultura sanitaria, impartidas por las propias enfermeras, fomentó su participación en foros de debate y promovió el conocimiento científico y profesional de sus asociadas a través de la creación de una biblioteca y del intercambio de revistas con otras asociaciones. También se preocupó de tener al corriente a sus asociadas sobre temas relacionados con el ejercicio profesional (vacantes, concursos públicos, oposiciones, o dotación de puestos de trabajo) y logró la participación de su presidenta en órganos de toma de decisión tan relevantes como los tribunales de oposición.

La Asociación promovió un modelo de desarrollo profesional abierto, con nuevos ámbitos competenciales y que avanzaba hacia la consolidación de una figura profesional clave en el organigrama sanitario español (Galiana-Sánchez et al, 2013). Sin embargo, todos aquellos avances se truncaron con

la guerra civil y la llegada del régimen franquista. Aquel nivel de institucionalización solo se volvió a recuperar en la década de 1970.

### 3. Las mujeres como pacientes y usuarias de las prácticas de salud

#### Las patologías de mujeres

Como es conocido, el proceso de industrialización desarrollado en el siglo XIX generó importantes transformaciones en los roles tradicionalmente asignados a las mujeres en las sociedades del antiguo régimen, lo que supuso cambios profundos en los modelos familiares y comunitarios.

A lo largo de la historia, las mujeres habían venido desarrollando un trabajo productivo y reproductivo, que siempre fue determinante para las economías familiares, bien en hogares dedicados a la agricultura, a la artesanía o al comercio. En este sentido, los cambios de rol a los que hacemos referencia no tuvieron tanto que ver con la incorporación de las mujeres al trabajo productivo, sino con las transformaciones radicales en la naturaleza del trabajo, en su significado y en las relaciones sociales asociadas. Este nuevo escenario trastocó los valores y la cultura del trabajo, la experiencia del espacio y tiempo laboral y, en definitiva, incorporó nuevas formas de vida de las mujeres, y consecuentemente nuevos espacios y nuevas formas de afrontamiento (Pérez-Fuentes, 2000; Borderías y Pérez-Fuentes, 2009). Es en este contexto donde emergieron las llamadas «patologías de mujeres», enfermedades como la clorosis o la neurastenia, que afectaban profundamente a su calidad de vida y sus niveles de bienestar. Con el estudio de las características de dichos síndromes, de acusada prevalencia a finales del siglo XIX y principios del XX, se ha podido profundizar en la naturaleza de los factores determinantes de estos problemas de salud y en la comprensión del entramado de riesgos a que se vieron sometidas las afectadas: biológicos, ambientales, socio-económicos y culturales.

Las mujeres diagnosticadas de clorosis o neurastenia se enfrentaron a un proceso de estigmatización que estaba íntimamente ligado a su condición femenina, pero que en realidad escondía una situación de sobreexplotación y de deficientes condiciones de vida y de salud (Ruiz y Jiménez, 2003; Bernabeu-Mestre, Cid, Esplugues y Galiana-Sánchez, 2008; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez, Cid y Esplugues, 2009). Se trataba de una forma de abordar los problemas de salud de las mujeres que debe ser contextualizada en el proceso de medicalización que acompañó el desarrollo de la medicina contemporánea, y que se vio reflejado en una progresiva inclusión de factores sociales y psicológicos en su discurso científico y en la presencia creciente de la misma en el ámbito social y ético (Bernabeu-Mestre, 2006).

En el abordaje de la relación entre género y salud, es interesante subrayar, como indica Aresti (2001), el interés que tienen los discursos médicos por su gran capacidad para influir en la sociedad en su conjunto y vehicular cambios sustanciales en la vida de las personas. En el caso de las clorosis, las hipóte-

sis etiológicas que se barajaron con mayor frecuencia pueden agruparse en dos: la discrásica y la neurótica. Las primeras de ellas, más vinculada a lo físico, atribuía a la anemia y al empobrecimiento de la sangre el origen de la enfermedad. En este grupo también se consideraron algunos elementos relacionados con las condiciones de vida de las mujeres, como los factores nutricionales o las lactancias prolongadas, aunque siempre se utilizaba como principal argumento explicativo la condición femenina y su mayor debilidad y predisposición. La neurótica, por el contrario, se relacionaba con el ámbito de las pasiones y con las cualidades morales de las jóvenes, entrando a formar parte de los enunciados explicativos cuestiones como la virginidad, los sentimientos reprimidos o las perversiones sexuales. Ambas interpretaciones, aunque especialmente la neurótica, ejemplifican, junto con las consideraciones etiológicas referidas a la neurastenia de las mujeres, las doctrinas médicas acerca de la patología de las mujeres y la visión androcéntrica con la que se observaba la naturaleza femenina. La mujer era considerada un ser definido y limitado por sus órganos y funciones sexuales y un ser al borde de la enfermedad, tanto física como psíquica. Las dolencias estarían provocadas por las mismas funciones y aparato reproductor que las definen (Wood, 1984; Moscucci, 1990; Castellanos, Jiménez y Ruiz-Somavilla, 1990; Ruiz-Somavilla, 1994; Jiménez y Ruiz-Somavilla, 1999; Ortíz, 1996-97 y 2002; Marland, 2001). La feminidad sana se componía de auto-sacrificio y altruismo a nivel espiritual, y a nivel práctico de partos y de trabajo doméstico. Las afecciones femeninas se vinculaban a un funcionamiento incorrecto de los órganos sexuales, cuando no se culpabilizaba directamente a la víctima. El estado más sano y “más santo” de la mujer era el de madre. Con frecuencia, los diagnósticos médicos de la clorosis, la relacionaban con la menstruación y la masturbación. Para muchos autores, la enfermedad desaparecía cuando la mujer normalizaba su vida sexual a través del matrimonio (Aresti, 2001:163-208).

La visión androcéntrica de los problemas de salud que afectaban a las mujeres, también estaba presente en el momento de intentar explicar la mayor incidencia de determinadas patologías. Así, en el caso del tracoma, una enfermedad infecciosa de los ojos que solía ser causa de ceguera, se destacaba la condición de factor de riesgo que cabía atribuir a las actividades y tareas relacionadas con los roles que tenían asignados las mujeres en el ámbito doméstico y extradoméstico; pero la sobremorbilidad femenina era explicada, con frecuencia, desde el discurso androcéntrico que dominaba la medicina de la primera mitad del siglo XX (Ortíz, 1996-1997; Bernabeu-Mestre, 2006:46-47): “la regla general de la epidemiología, según la cual el sexo femenino es más susceptible a las infecciones que el masculino, debido a las taras fisiológicas de su funcionalismo (menstruación, embarazo, lactancia...)” (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2012:108).

Otro elemento importante vinculado al género, era la carga de enfermedad y discapacidad que producían muchas de aquellas enfermedades, sin olvidar el “déficit social” (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2012:109) y el estigma que comportaba y que resultaba especialmente grave en el caso de las mujeres. La infección tracomatosa podía producir en mujeres y madres afectadas incapacidad para asumir los roles

sociales asignados, con lo cual eran las hijas las que pasaban a ejercerlos. De este modo, al igual que ocurre en la actualidad (Wolsfon, Fedewa, Young, 1997), a las dificultades para romper la cadena del contagio, se sumaban las que mostraba la interrupción de roles asignados culturalmente y los factores de riesgo asociados (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2012:110).

Las condiciones de salud y de vida de las mujeres y el diagnóstico que sobre las mismas realizaba el discurso médico, también pueden ser abordadas a través de las publicaciones de los higienistas que se ocuparon del trabajo femenino. Se trata de una línea de investigación que ha sido menos explotada, pero que puede resultar muy fructífera en el abordaje de las cuestiones relacionadas con género y salud. Además de estudiar la actividad laboral como determinante del estado de salud, se solía analizar la relación causal que existía entre dicha actividad y las condiciones de salud, medioambientales, culturales y socioeconómicas que rodeaban a la mujer trabajadora, así como las medidas de carácter profiláctico y preventivo que debían aplicarse. Se trataba de todo un conjunto de consideraciones que venían a situar el foco de atención en lo que en términos epidemiológicos se conoce como la víctima o huésped. En el caso que nos ocupa, las condiciones de salud que mostraban las mujeres que iban a someterse a la acción del agente nocivo (las actividades laborales “impropias para su sexo”), en un entorno igualmente nocivo e insalubre como el que mostraban las condiciones y los medios en los que se desarrollaba el trabajo femenino (Ubeda Arce, 1913).

El posicionamiento de los higienistas era ambivalente. Por un lado, el trabajo femenino era considerado un elemento accesorio de importancia indiscutible y entre las razones se subraya su delicadeza y capacidad para determinadas actividades manuales, y su falta de pretensiones (Ubeda Arce, 1913:5). Por otro, se denunciaban las consecuencias del “esfuerzo y de la labor dura y continuada” sobre “un organismo tan delicado y tan complejo como el de la mujer”; además de recordar que las consecuencias del trabajo femenino ejercían influencia “no sólo sobre la mujer directamente, sino sobre la descendencia que de ella procede” (Ubeda Arce, 1913:6).

Así mismo, en el momento de plantear las medidas que permitiesen abordar el problema del trabajo femenino, aunque se señalaba como objetivo disminuir las causas de la depauperación de la mujer; se priorizaba asegurar el feliz éxito de las funciones de reproducción, no sólo en interés de la madre, sino del producto de la concepción (Ubeda Arce, 1913:35). El discurso higienista subrayaba las consecuencias que podían tener aquellas deficientes condiciones del trabajo femenino en términos de “degeneración de la raza” y, con un claro trasfondo ideológico, consideraban que el trabajo femenino no dejaba de representar un alejamiento de la finalidad natural de la mujer “como madre robusta de hijos perfeccionados o siquiera no decadentes” (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, 2013).

Como se puede comprobar, el análisis de la literatura que se ocupaba de las enfermedades profesionales, aparece como una de las fuentes merecedoras de ser abordadas en futuras investigaciones. En la monografía de Ubeda Arce (1913:18-19) se trasladaban algunos de los resultados referidos al caso ita-

liano que se presentaron en el Primer Congreso Internacional sobre Prevención de Accidentes Industriales que se celebró en Milán en 1912 (Ubeda Arce, 1913:18-19). A los pocos meses de trabajar en las industrias, los estados de salud de las mujeres sufrían un “notable detrimento”. Presentaban, en relación con los hombres, mayor número de días de enfermedad. Las enfermedades ginecológicas eran mucho más frecuentes en las regiones industriales y para determinadas profesiones, y a medida que aumentaba el número de obreras aumentaba el número de abortos, de partos prematuros y la mortalidad precoz en la infancia. La mortalidad era mayor entre los hijos de las madres pobres que trabajaban en la industria que entre los de las madres pobres que no trabajaban, y cuando las mujeres estaban mal alimentadas o extenuadas por la fatiga y trabajaban hasta el momento del parto, eran mayores los casos de debilidad congénita del feto, los recién nacidos presentaban un menor peso al nacer, y resultaban “frecuentes las presentaciones viciosas y otras anomalías del parto”. La mortalidad post partum y ginecológica era mayor entre las mujeres que trabajan durante el puerperio y no lactaban. Por último, la morbilidad y la mortinatalidad eran más elevadas en los nacidos y criados por madres desnutridas o intoxicadas por venenos profesionales.

Como se destacaba, al abordar los problemas de salud materno-infantil (Bernabeu-Mestre, 2013:188-189), las “influencias nefastas del trabajo femenino” se manifestaban en el aumento de las enfermedades características de mujeres, como la clorosis y la anemia, las enfermedades nerviosas, o las enfermedades de los órganos pélvicos, entre otras. Tras catalogar al trabajo de la mujer como una plaga similar a la de la tuberculosis, algunos autores señalaban las diferencias de peso de los recién nacidos entre las trabajadoras y la población general (3.250 gramos frente a los 2.900 de las primeras). El trabajo femenino llegó a recibir, incluso, la consideración de enfermedad social (Bernabeu-Mestre, 2013:189).

Las campañas sanitarias y los programas de educación sanitaria

Como ocurría en el abordaje higiénico-sanitario del trabajo de las mujeres en la industria, el discurso del culto a la fecundidad y las virtudes raciales, también se utilizó en las campañas sanitarias contra la mortalidad infantil, o en las iniciativas que buscaban frenar el descenso de la natalidad y mejorar, así, la potencialidad demográfica. Tanto el descenso en el número de nacimientos, como buena parte de los problemas de salud que justificaban las cifras de mortalidad infantil, aparecían relacionados con la incorporación de la mujer al mercado del trabajo y el consiguiente abandono de sus obligaciones como madre y esposa (Bernabeu-Mestre, 2002). La función reproductora de la mujer condicionaba, en opinión de los higienistas, toda su existencia y razón de ser. Las madres eran responsabilizadas, por su ignorancia, de los problemas de salud que afectaban a los más pequeños. Se trataba de un discurso culpabilizador que evitaba cualquier esfuerzo de contextualización a pesar de reconocer la asociación entre ignorancia y miseria. A su condición de madres, incorporaban

el rol de cuidadoras y siguiendo los dictados de la ciencia médica, adquirieron un papel relevante en el control de la mortalidad infantil. Sus cambios de actitudes y de comportamientos debían de ser supervisados y auspiciados por el trabajo de divulgación y seguimiento que debían realizar las “auxiliares femeninas de los médicos”: instructoras de sanidad, enfermeras sociales, divulgadoras rurales, matronas y maestras (Salazar, Bernabeu-Mestre, Martínez y Ramos, 2008; Salazar, 2009; Bernabeu-Mestre, 2013). Unas auxiliares a las que, como se ha podido comprobar en el apartado dedicado a analizar el papel de las mujeres como sanadoras, se les reconocía su idoneidad por su condición de mujeres.

Tanto en las campañas sanitarias, como en los programas e iniciativas de divulgación y educación sanitaria, las mujeres estaban consideradas como un medio para alcanzar los objetivos de las mismas, ya fuese a través de exámenes de salud que garantizaran un cuerpo sexual sano, no transmisor de enfermedades a los hombres, como en el caso de las actividades destinadas a controlar las enfermedades venéreas, o un cuerpo material y nutricional capaz de traer al mundo niños sanos, en el caso de las medidas que buscaban mejorar la salud materno infantil (Barona, 2008:298-299).

Es en el análisis de los presupuestos que guiaban las campañas sanitarias de lucha contra la mortalidad infantil, donde mejor se aprecia el discurso de género que guiaba a aquellas intervenciones.

Como es conocido (Barona, 2008:302-303) el proceso de modernización de la sociedad española que tuvo lugar en las primeras décadas del siglo XX, se acompañó de una modificación sustancial de los modelos culturales de género. La modernización del discurso de género, no supuso ningún replanteamiento en el eje principal que había definido la identidad personal y cultural de la mujer a partir de la maternidad. Si en el siglo XIX la definición de los roles de género se fundamentaron en el ideario cristiano del discurso religioso sobre la mujer, su redefinición en el siglo XX obtuvo la legitimación del discurso médico. Dicho discurso resultó fundamental en la reconceptualización de la maternidad, entendida como un deber social de las mujeres, así como en la medicalización y profesionalización de la maternidad a partir del avance de la puericultura. El desarrollo de esta disciplina, se convirtió en un importante instrumento para capacitar y asesorar a las mujeres en el contexto de su rol de madres. Pero al mismo tiempo supuso una pérdida de la validez de la experiencia biológica maternal al asignarles los conocimientos científicos procedentes de los profesionales de la medicina.

Como recuerda Carmen Barona (2008:302-303), el discurso de género presente en la teoría de la diferenciación sexual y de la complementariedad entre los sexos, que postulaban autores como Gregorio Marañón, también estuvo presente en las campañas sanitarias de lucha contra la mortalidad infantil. Suponía una versión modernizada de la fundamentación médica y científica de los modelos de género. Partía del principio que la mujer no es un ser inferior sino diferente del hombre, pero le asignaba un rol social complementario. Establecía una actividad social diferente y complementaria en el caso de las mujeres, a partir de la maternidad como eje definitorio de la feminidad. Desde esta perspectiva, la maternidad y la perpetua-

ción de la especie representaba la suprema misión de la mujer, destino que llevaba aparejada la negación o, como mínimo, la subordinación de cualquier otra actividad femenina. Este discurso de género tuvo un impacto importante en la sociedad española por la autoridad médica y científica que lo apoyaba, y representaba también un eficaz mecanismo simbólico para legitimar los roles diferenciados de la mujer en el imaginario colectivo. El discurso médico proporcionaba cobertura ideológica a una definición de la mujer con una tarea social diferente y complementaria a la del hombre, en función de la maternidad, entendida como un deber social ineludible. En este contexto la madre perfecta no era sólo aquella que engendraba a los hijos en las mejores condiciones de salud e higiene, sino también aquella que les proporcionaba una excelente educación y directrices morales adecuadas. Se trataba de una visión que se vio reforzada por la eugenesia, al atribuir a las madres la tarea social de garantizar la procreación y la supervivencia de las futuras generaciones en las mejores condiciones de salud e higiene de la raza (Nash, 1993; Bernabeu-Mestre, 1999).

Los programas de educación en alimentación y nutrición, desarrollados a partir de la década de 1950, también asignaron a las mujeres un papel relevante (Bernabeu-Mestre, Trescastro y Galiana-Sánchez, 2011; Trescastro, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2012). Su capacitación estaba perfilada por el único rol social realmente legitimado que podían desempeñar las mujeres, el de amas de casa y madres. Existía un claro paralelismo con el discurso puericultor en el que el modelo de buena madre también debía ajustarse a un modo de conducta sistematizado e higiénico, propuesto desde las instituciones sanitarias y en el que no había espacio para las prácticas tradicionales. Se trataba de sacar de la esfera privada a la pública, determinadas actividades y procedimientos. Los saberes tradicionales (transmitidos de madres a hijas) no servían y debían sustituirse por un aprendizaje impartido por personas supuestamente cualificadas. Se consideró que los nuevos saberes, caracterizados por ser metódicos, prácticos, actuales, ordenados e higiénicos, eran imprescindibles para la práctica doméstica. Estaban basados en principios científicos, con unos criterios de selección bien definidos, y además proporcionaban a las mujeres buenos hábitos de trabajo. Sin embargo, estos nuevos presupuestos, aunque con un barniz de modernidad, seguían apoyándose en un modelo de mujer tradicional, con las mismas responsabilidades domésticas que las que se atribuían a sus antecesoras en el siglo XIX y con la misma carga de culpabilidad si los objetivos no se cumplían. El modo de actuar del ama de casa debía ser de disciplina, autocontrol y dignidad, para alcanzar las más altas normas de perfección. Debía mostrar un alto rendimiento y productividad y controlar con eficacia los recursos que tenía a su disposición. También debía ser serena, racional y mediadora de los problemas familiares. La mujer como intermediaria y responsable de la salud y del bienestar de la unidad familiar debía asumir obligaciones en tres ámbitos: el de los conocimientos, el de las aptitudes y el de las actitudes. Las altas expectativas en cuanto a la capacitación que debían alcanzar no se correspondían con el modelo tradicional de ama de casa que se defendía. Dichas responsabilidades se convertían en culpabilidad cuando, por ejemplo, la alimentación familiar resultaba inadecuada. Las

acciones educativas específicas dirigidas a las amas de casa, comportaban una ideología que guiaba las relaciones sociales de género y el conflicto entre tradición y modernidad en las prácticas domésticas y alimentarias, y remitía a un discurso de género con numerosas contradicciones; al mismo tiempo que pudieron contribuir a entretener el fenómeno de emancipación de las mujeres y el acceso a determinados espacios sociales en igualdad de condiciones que los hombres.

#### 4. Conclusiones

Entre los resultados de naturaleza transversal que han aportado muchas de las investigaciones históricas que se han ocupado del estudio sobre las múltiples facetas relativas a mujer y salud, hay que destacar, la importancia que tuvieron los discursos androcéntricos en el momento de estructurar las competencias o distribuir las responsabilidades que correspondían a las profesionales sanitarias o explicar la etiología o la naturaleza de las patologías de mujeres, entre otras cuestiones. Otro tanto ocurría, con el discurso del culto a la fecundidad y el papel que tenía que desempeñar la mujer en la conservación de las virtudes raciales y como gestora de la salud y el bienestar de las familias, al mismo tiempo que se proporcionaba cobertura ideológica para justificar unas tareas sociales diferentes y complementarias a las del hombre.

La relaciones de género, como han puesto en evidencia varios de los trabajos analizados, fueron especialmente marcadas y conflictivas durante el proceso de creación de especialidades médicas y quirúrgicas que, al tratar de delimitar y legitimar sus espacios profesionales, circunscribieron y limitaron en gran medida algunas de las actividades llevadas a cabo en ocupaciones tradicionalmente femeninas, como la administración de algunos tratamientos farmacológicos o quirúrgicos que pasaron a formar parte, durante un espacio de tiempo importante, de las tecnologías rotuladas como masculinas. Otro tanto ocurrió con la apropiación, por parte de los ginecólogos, de funciones que habían sido desarrolladas por las matronas.

Tomando como punto de partida el panorama historiográfico actual, varias son las perspectivas abiertas para elaborar una agenda de trabajo en la que se completen, profundicen o se abran nuevos caminos. En ese sentido, ampliar el espectro a otras profesiones sanitarias de institucionalización reciente, como la Fisioterapia, o la Terapia Ocupacional o las Ciencias de la Alimentación y Nutrición, nos proporcionaría nuevas claves al analizar, desde la perspectiva de género, los procesos de consolidación y profesionalización. Las campañas o luchas sanitarias es otro terreno sobre el que, desde los mismos marcos teóricos utilizados en el caso de la tuberculosis, el tracoma, o la mortalidad infantil que estudiamos aquí, puede ampliarse al de otro tipo de actividades en este mismo terreno como las concernientes a la lucha contra la poliomielitis.

También en el ámbito del ejercicio profesional, aunque las investigaciones realizadas permiten mostrar un importante grado de actividad, por parte de las mujeres que trabajaban en el área de las ciencias de la salud puede resultar útil mostrar, en qué medida, pudo influir la variable género, en el momento de explicar su falta de visibilidad en los equipos de trabajo

donde se integraron, en las publicaciones científicas o en los puestos de representación.

Desde el punto de vista metodológico, parece oportuno insistir en las oportunidades que ofrecen las fuentes orales, particularmente en el análisis de las trayectorias profesionales de las mujeres, tanto en el plano individual como colectivo, además de explorar nuevos recursos heurísticos que permitan avanzar en el análisis del estado de salud de las mujeres y sus determinantes. A este respecto, la ampliación del marco cronológico a etapas más recientes como el periodo del desarrollo y de la Transición Democrática en el caso español, que ya está comenzando a dar sus frutos pero sobre el cual todavía se cuenta con poca información, permitirá el poder contextualizar, en un marco diferente al de finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX mucho mejor conocido, discursos y prácticas en estas nuevas situaciones.

Desde una historia de las ciencias de la salud, desde la perspectiva centrada en el o la paciente, además de las herramientas que proporcionan las historias de vida, se abren otro tipo de recursos tanto en cuanto a la variedad de fuentes a utilizar como a la forma de trabajar con estas fuentes. La reconstrucción de los movimientos asociativos y de las sociedades de ayuda mutua que parten desde las propias personas con problemas de salud o de sus familias, es una de las posibilidades abiertas y un tema escasamente explorado desde las líneas programáticas de los estudio sobre género y salud.

## Bibliografía

- ABEL-SMITH, B. (1960): *A History of the Nursing Profession*, London, Heinemann.
- ÁLVAREZ RICART, M.C. (1988): *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Barcelona, Anthropos.
- ARESTI, N. (2001): *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Universidad del País Vasco, Historia Contemporánea.
- BALLESTER, R. (2007): "Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la Universidad John Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia", *Feminismos*, 10, pp. 144.
- BALY, M. E. (1987): *District Nursing*, Guildford: Biddles.
- BARONA, C. (2008): "El paper de les dones com a vehiculadores de les campanyes sanitàries desenvolupades a la província de València (1900-1936)", en Bernabeu-Mestre, J. et al., *Salut i societat als municipis valencians: una perspectiva històrica*, Ontinyent, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/ Ajuntament d'Ontinyent, pp. 297-308.
- BARONA VILAR, J.LI. y BERNABEU-MESTRE, J. (2008): *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. València, PUV, 2008, pp. 89-262.
- BARRAL, M.J.; MAGALLÓN, C.; MIQUEO, C. y SÁNCHEZ, D. (eds.) (2001): *Interacciones ciencia y género*. Barcelona: Icaria.
- BERNABEU-MESTRE, J. (1999): "El pensament demogràfic dels higienistes espanyols en els anys de la transició, 1898-1947", en GUTIÉRREZ, M. (ed.), *La industrialització i el desenvolupament econòmic d'Espanya*. Barcelona, Universitat de Barcelona (Col·lecció Homenajes: Doctor Jordi Nadal), Vol. I, págs. 361-371.
- BERNABEU-MESTRE, J. (2002): "Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950", *Revista de Demografía Histórica*, 20-1, pp.123-143.
- BERNABEU-MESTRE, J. (2006): "Medicina e ideología: reflexiones desde la historiografía médica española", en Campos, R. (ed.), *La condición histórica de la medicina*, Madrid, CSIC, pp. 17-50.
- BERNABEU-MESTRE, J. (2013): "La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortalité et la mortalité néonatale précoce : réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1936", *Annales de Démographie Historique*, 1: 181-204.
- BERNABEU-MESTRE, J.; CARRILLO-GARCÍA, C.; GALIANA-SÁNCHEZ, M. E.; GARCÍA-PARAMIO, P. y TRESCASTRO-LÓPEZ, E. (2013): "Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España". *Enferm Clin.*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.07.005>
- BERNABEU-MESTRE, J. y GASCÓN-PÉREZ, E. (1999): *Historia de la enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*, Alicante; publicaciones de la Universidad de Alicante.
- BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. (2011): "Salud Comunitaria y acción social en el control epidemiológico del tracoma infantil, España, (1932- 1939)", *Asclepio*, 2, pp.507-520.
- BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. (2012): "Determinantes laborales y de género en la epidemiología del tracoma en la España contemporánea", en Cohen, A. (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*. Barcelona, Icaria Editorial, pp. 91-122.
- BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. (2013): "El Higienismo español y el problema socio-sanitario del trabajo infantil, 1881-1936", en Borrás, J.M. (ed.), *El trabajo infantil en España (1700-1950)*. Barcelona, Icaria Editorial, pp. 273-301.
- BERNABEU-MESTRE, J.; CARRILLO-GARCÍA, C.; GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.; GARCÍA-PARAMIO, P. y TRESCASTRO-LÓPEZ, E.M. (2013): "Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España, *Enfermería Clínica*, 23-6, pp. 284-289 <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.07.005>.
- BERNABEU-MESTRE, J.; CID SANTOS, A.P.; ESPLUGUES PELLICER, X. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. (2008): "Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea", *Asclepio*, LX, pp. 83-102.
- BERNABEU-MESTRE, J.; GALIANA-SÁNCHEZ, M.E., CID, A. P. y ESPLUGUES, J. X. (2009): "Overexploitation, malnutrition and stigma in a women's illness: chlorosis in contemporary Spanish medicine (1877-1936)", en Harris, B.; Gálvez, L. y Machado, E. (eds.), *Gender and wellbeing in Europe: historical and contemporary perspectives*. Hampshire: Ashgate, pp. 154-171.
- BERNABEU-MESTRE, J.; TRESCASTRO, E. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. (2011): "La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)". *Salud Colectiva*, 7(Supl 1), pp. S49-S60.
- BORDERÍAS, C. y PÉREZ-FUENTES, P. (2009): "Mujeres, trabajos y economías familiares en España (siglos XIX y XX)", en Borderías, C. (ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*, Barcelona, Icaria (Historia y feminismo), pp. 269-308.
- BRIDGES, D.C. (1967): *A History of the International Council of Nurses, 1899-1964: the First Sixty-five Years*, London, Pitman Medical Publishing.
- BUNTING, S. y CAMPBELL, C. (1990): "Feminism and Nursing: Historical Perspectives", *Advanced in Nursing Science*, 12, pp 11-24.
- CABRE, M. (2008): "Women or healers? Household practices and the categories of health care in late medieval Iberia", *Bulletin of the History of Medicine*, 82, 1, pp. 18-51.
- CABRÉ PAIRET, M. y ORTIZ GÓMEZ, T. (eds.), (1999): "Mujeres y salud. Prácticas y saberes", *Dynamis*, 19, pp. 1-400.
- CABRÉ PAIRET, M. y ORTIZ GÓMEZ, T. (2001): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona, Icaria.
- CABRÉ PAIRET, M. y ORTIZ GÓMEZ, T. (2008): "Significados científicos del cuerpo de mujer", *Asclepio*, LX, pp. 9-18.
- CABRÉ PAIRET, M. y ORTIZ GÓMEZ, T. (2009): "Entre la salud y la enfermedad: mujeres, ciencia y medicina en la historiografía española actual", en Borderías, C. (ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*, Barcelona, ed. Icaria.
- CABRÉ PAIRET, M. y SALMÓN MUÑIZ, F. (2001): "Poder académicos versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Felicié (1322)", en Cabré Pairet, M. y Ortiz Gómez, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona, Icaria, pp. 55-76.
- CABRÉ PAIRET, M. y SALMÓN MUÑIZ, F. (2013): *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Santander, Ed. Universidad de Cantabria.
- CASTELLANOS, J.; JIMENEZ LUCENA, I. y RUIZ SOMAVILLA, M.J. (1990): "La ciencia médica en el siglo XIX como instrumento de reafirmación ideológica: la defensa de las desigualdades de las mujeres a través de la patología femenina", en Ballarín, P. y Ortiz Gómez, T. (eds.), *La mujer en Andalucía. I Encuentro Interdisciplinar de estudios de la mujer*, Granada, Universidad de Granada, pp. 879-888.
- DAVIES, C. (ed.) (1980): *Re-writing Nursing History*, London, Croom Helm
- DAVIES, C. (2007): "Rewriting nursing history again?", *Nursing History Review*, 15, 11-28.
- DELGADO SÁNCHEZ, A.; TÁVORA RIVERO, A. y ORTIZ GÓMEZ, T. (2013): "Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad", en Cabré Pairet, M. y Salmón Muñiz, F., *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Santander, Ed. Universidad de Cantabria, pp. 201-228.
- DINGWALL, R.; RAFFERTY, A. M. y WEBSTER, Ch. (1993): *An introduction to the social history of nursing*. Routledge, London.

- DOLAN, J.A. (1973): *Nursing in Society-A Historical Perspective*. London. Saunders.
- DOMINGUEZ-ALCÓN, C. (1986): *Los cuidados y la profesión de enfermería en España*. Madrid. Ed. Pirámide.
- FLECHA GARCÍA, C. (1996): *Las primeras universitarias en España*. Madrid, Narcea.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2011): "Género y desarrollo profesional: las enfermeras de salud pública en la España del periodo de entreguerras 1925-1939", *Feminismos*, 18, pp. 225-48.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2012): "Alimentación, enfermería y cultura: el antecedente histórico de las visitadoras puericultoras", en Gracia, M. (ed.), *Alimentación, Salud y Cultura: encuentros interdisciplinarios*, Tarragona, URV.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.; BERNABEU-MESTRE, J.; CARRILLO, C.; GARCÍA PARAMIO, P.; MARIÑO, L. y TRESCASTRO, E. (2013): "El asociacionismo de las enfermeras de salud pública a través de la revista "La Visitadora Sanitaria" (1934-1935)", en *El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid*, Colegio Oficial de Enfermería, Madrid.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.; BERNABEU-MESTRE, J. y GARCÍA-PARAMIO, P. (2010): "Enfermeras para una nueva patria: género e ideología en la enfermería de Falange", en González Canalejo, C. (ed.), *Historia de la Enfermería. Desde las sociedades ágrafas hasta la contemporaneidad*, Almería, Universidad de Almería, pp. 203-216.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.; CREMADES, A. y BERNABEU-MESTRE, J. (2010): "Sanitary campaigns against trachoma in rural Spain (1920s-1930s)", en Andresen, A.; Barona, J. Ll. y Cherry, S., *Making a new countryside. Health Policies and Practices in European History ca. 1860-1950*, Frankfurt am Main, Peter Lang.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.; GARCÍA-PARAMIO, P. y BERNABEU-MESTRE, J. (2008): "Luchando por la supervivencia: Primera Asamblea Nacional de Enfermeras (Madrid, 1959)", *Temperamentvm*, 8. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentvm/tn8/t6786.php>.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.; GARCÍA-PARAMIO, P. y BERNABEU-MESTRE, J. (2009): "La frustración de una profesión: la enfermería de salud pública en la V Reunión de Sanitarios, 1959". *Temperamentvm*, 9.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A.C.; GARCÍA MARTÍNEZ, M.J. y VALLE RACERO, J.I. (1996): "Un siglo de oro para la Enfermería española (1550/1650). Aparición de órdenes y manuales de Enfermería", en Hernández Martín, F. (coord.), *Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Editorial Síntesis, S. A. Madrid, 1996, pp. 137-148.
- GASCÓN, E. y BERNABEU-MESTRE, J. (1999): "La enfermería de salud pública que no pudo ser. La contribución de las exiliadas españolas al desarrollo de la enfermería venezolana (1936-1964)". Congreso "L' Exili cultural de 1939". Valencia.
- GASCÓN-PÉREZ, E.; GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2002): "La acción social de las visitadoras sanitarias", *Revista de Trabajo Social y Salud*, 43, pp. 149-174.
- GASCÓN-PÉREZ, E.; GALIANA SÁNCHEZ, M.E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2003): "La aportación de las Enfermeras Visitadoras Sanitarias al desarrollo de la Enfermería Venezolana", en Barona, J.Ll., *Ciencia, Salud Pública y Exilio. España (1875-1939)*. Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- GONZÁLEZ CANALEJO, C. (2007): "Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la cuestión social (1857-1930)", *Dynamis*, 27, pp. 211-237.
- GONZÁLEZ CANALEJO, C. y MARTÍNEZ LÓPEZ, F. (eds.) (2010): *La transformación de la enfermería: nuevas miradas para la historia*, Granada, Comares.
- GONZÁLEZ CANALEJO, C. y MARQUEZ, J. (2000): "¿Hacia dónde va la historia de la enfermería?", *Cultura de los cuidados*, 7 y 8, pp. 27-34.
- HERNÁNDEZ-CONESA, J. (1995): *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*, Madrid, Interamericana McGraw-Hill.
- HERNÁNDEZ SANDOICA, E. (ed.) (2012): *Política y escritura de mujeres*. Madrid, Adaba.
- HUERTAS, R. (1995): *Organización sanitaria y crisis social en España: la discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*. Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. y RUIZ SOMAVILLA, M.J. (1999): "La política de género y la psiquiatría española de principios de siglo", en Barral, M.J. et al. (eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona, Icaria, pp. 185-208.
- JORDANOVA, L. (1999): *Nature displayed. Gender, science and medicine, 1760-1820*. London, Longman.
- KAUFMANN, D. (2001): "Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, Sexuality and the Demands of Nature", en Gijswijt-Hofstra, M. y Porter, R. (eds.), *Cultures of neurasthenia from Beard to the first World War*, Amsterdam/ New York, Rodopi, pp. 1-30.
- KELLER, E. (1985): *Reflections on gender and science*, New Haven, Yale U.P. (ed. española: (1989), València, Institutió Alfons el Magnànim).
- KELLY, A. y SYMONDS, A. (2003): *The social construction of community nursing*, Wales, Palgrave MacMillan.
- MCPHERSON, K. (2003): *Beside matters. The transformation of Canadian nursing, 1900-1900*. Oxford University Press, Canada.
- MANN-WAL, B. (1995): "Courage to care: The Sisters of the Holy Cross in the Spanish- American War", *Nursing History Review*, 3, 55-77.
- MARLAND, H. (2001): "Uterine Mischief: W.S. Playfair and his Neurasthenic Patients", en Gijswijt-Hofstra, M. y Porter, R. (eds.), *Cultures of neurasthenia from Beard to the first World War*, Amsterdam/ New York, Rodopi, pp. 117-140.
- MARTIN, E. (2013): "El óvulo y el espermatozoide. Cómo ha construido la ciencia una novela rosa basada en estereotipos de los masculino y lo femenino", en Cabré Pairet, M. y Salmón Muñoz, F., *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Santander, Ed. Universidad de Cantabria, pp.33-54.
- MIQUEO MIQUEO, C.; GERMAN BES, C.; FERNÁNDEZ TIRRAO, T. y BARRAL MORÁN, M.J. (2011): *Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas*. Zaragoza, Prensas Universitarias.
- MIRÓ-BONET, M.; GASTALDO, D. y GALLEGU-CAMINERO, G. (2008): "¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)", *Enfermería Clínica*, 18-1, pp. 25-33.
- MOLERO MESA, J. (1989): "La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la Guerra Civil", *Dynamis*, nº 9, pp. 185-224.
- MORAL DE CALATRAVA, P. (2003): *El arte de las comadres en los trabajos médicos bajomedievales (siglos XIII-XVI)*, Tesis doctoral, Universidad de Murcia.
- MORAL DE CALATRAVA, P. (2005): "Damián Carbón y la instrucción de comadres en la España del siglo XVI", en Flecha, C. et al. (eds.), *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia. XIII Coloquio Internacional de la Asociación Española de Investigación de Historia de las Mujeres*, Sevilla: Diputación de Sevilla: 55-64.
- MORTIMER, B. (2005): "Introduction: the history of nursing: yesterday, today and tomorrow", en Mortimer, B. y Mcgann, S. (eds.), *New directions in the History of Nursing. International perspectives*, Abingdon, Routledge.
- MOSCUCCI, O. (1990): *The Science of Woman, Gynaecology and Gender in England, 1800-1929*, Cambridge, Cambridge University Press.
- NASH, M. (1993): "Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939", en DUBY, G. y PERROT, M. (eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. Siglo XX*. Madrid: Taurus, vol. 5: pp. 627-646.
- NELSON, S. (2001): *Say little, do much, Nursing, Nuns, and Hospitals in the Nineteenth Century*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- ORTIZ GÓMEZ, T. (1996-1997): "El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo veinte". *Area 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 4, pp. 28-40.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (1999): "De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870", *Arenal. Revista de historia de las mujeres*, 6,1: 183-195.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2002): "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento sobre la mujer", en Ramos García, E. (ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género es salud. I Congreso Nacional, 9 y 10 de mayo de 2002*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp. 29-41.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2005): "Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX", *Asclepio*, 57-1, pp. 75-97.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2006a): *Medicina, Historia y Género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo, KRK.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2006b): "Las mujeres en las profesiones sanitarias", en MORANT, I. (dir.), *Historia de las mujeres en España y en la América Latina*. Madrid, Cátedra, pp. 523-546.
- PERDIGUERO, E. y CASTEJÓN, R. (eds.) (2002): "La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea". *Trabajo Social y Salud* (Monográfico) 43.
- PÉREZ-FUENTES, P. (2000): "El trabajo de las mujeres: una mirada desde la historia", *Lan Harremanak*, 2-1, pp. 185-209.
- PÉREZ IBAÑEZ, M. J. (2003): "Las mujeres y la enfermedad en el renacimiento castellano", en De la Rosa, C. et al. (eds.), *La voz del olvido: mujeres en la historia*, Universidad de Valladolid, Valladolid, pp. 141-162.
- RUIZ SOMAVILLA, M.J. (1994): "La legitimación de la ideología a través de la ciencia: la salud y la enfermedad de la mujer en el Siglo Médico", en Canterla, C. (ed.), *De la Ilustración al Romanticismo. Cádiz, Europa y América ante la modernidad. VII Encuentro de Estudios de la Mujer: la mujer en los siglos XVIII y XIX*, Cádiz, Universidad de Cádiz, pp. 103-114.
- RUIZ SOMAVILLA, M.J. y JIMENEZ LUCENA, I. (2001): "Un espacio para mujeres, el servicio de divulgación y asistencia sanitario-social en el primer franquismo", *Historia Social*, 39, pp. 67-86.
- RUIZ SOMAVILLA, M.J. y CASTELLANOS GUERRERO, J. (2002): "Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo", *Asclepio*, 54-1, pp. 201-218.
- RUIZ SOMAVILLA, M.J. y JIMENEZ LUCENA, I. (2003): "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica", *Frenia*, 3-1, pp. 7-29.
- SALAZAR AGULLÓ, M.; BERNABEU-MESTRE, J.; MARTÍNEZ MARCO, E. y RAMOS SALAS, E. (2008): «Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo La colección Al Servicio de España y del Niño español», *Matronas profesión*, 9-4, 28-33.
- SALAZAR, M. (2009): *Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa "Al Servicio de España y del Niño Español (1938-1963)"*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. [ <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/14044> ]
- SANTESMASES, M.J. (2008): "Hacia descendencias saludables: algunos orígenes del diagnóstico prenatal en España", *Asclepio*, 60-1, pp. 129-149.
- SWEET, H. (2007): "Establishing connections, restoring relationships: Exploring the historiography of nursing in Britain". *Gender & History*, 19-3, 565-580
- TRESCASTRO, E.; BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E. (2011): "La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)", *Salud Colectiva*, 7, (Supl. 1), pp. 49-60.
- TRESCASTRO-LÓPEZ, E.; GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2012): "El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (1961-1982) y la capacitación de las amas de casa como responsables del bienestar familiar". *Nutrición Hospitalaria*, 27-4, pp. 955-963.
- VALLS, R.; RAMIÓ, A.; TORRES, C.; ROLDÁN, A.; RODERO, V.; VIVES, C.; DOMINGO, A. y DOMINGUEZ-ALCÓN, C. (2008): *Infermeras catalanes a la Guerra Civil española*, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- VICINUS, M. (1985): *Independent women: work and community for single woman, 1850-1920*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 85-120.
- WOOD, A.D. (1984): "Las enfermedades de moda. Trastornos femeninos y su tratamiento en la América del siglo XIX", en Nash, M. (ed.), *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Ediciones del Serbal, pp. 373-405
- WOLFSON, E.M.; FEDEWA, L.; y YOUNG, S.A. (1997): *Trachoma: a women'shealth issue*, New York, The global Alliance for Women's Health: 19. Available at, <http://www.gawh.org/publications/trach-e.pdf>.
- UBEDA ARCE, J. (2013): *El trabajo de la mujer en la industria. Condiciones en que se efectúa y sus consecuencias en el porvenir de la raza. Medidas de protección necesarias*. Madrid, Sociedad Española de Higiene.



Fuente: Archivo Provincial de Cáceres, Caja 15-01473