HISTORIA DE LA ENFERMERIA

JAMIESON • SEWALL • SUHRIE

MAZA BRITO

UNIVERSIDAD DE CHILE AREA
BIBLIOTECA
CENTRAL
VALPARAISO

HISTORIA DE LA ENFERMERIA

super
MECHANICAL PENCIL

FABIOLA
Pionera de la enfermería

TRADICIONES EN LA PROFESION DE ENFERMERIA

1) *Investidura:* Data de tiempos de las Cruzadas, en que se implantó la investidura de los Caballeros Cruzados (1096).

2) *Graduación:* Tuvo el mismo origen que la anterior.

3) *Ceremonias rituales:* Son de la época de las Cruzadas, la Edad Media y de Florencia Nightingale.

4) *Recepción de las alumnas de primer año:* Se originó en la Edad Media y época de Florencia Nightingale.

5) *Juramento de Florencia Nightingale.*

6) *Imposición de placas y medallas:* También de la época de las Cruzadas.

7) *No atender a enfermos varones:* Costumbre de la Edad Media.

8) *Abnegación hasta el sacrificio:* Nació en la Era cristiana, reforzada en la Edad Media.

9) *Militares:*
   a) Administración vertical, que tuvo su origen entre los siglos XII y XIII.
   b) Filantrópica, con las Cruzadas.
   c) Disciplinaria, con las Cruzadas.
   d) Insignias, con las Cruzadas.

10) *Literarias:* Muy relativa en enfermería; en Iberoamérica, sumamente escasa, se inició con el libro *Notes on Nursing*, de F. Nightingale.

11) *Educacionales:* Planeada por F. Nightingale:
   a) Planear.
   b) Ordenar.
   c) Ejecutar.

IDEALES DE LA PROFESION DE ENFERMERIA

1) *De pureza y devoción:* Tuvo su origen en tiempos del Rey Asoka (370-230 a. J. C.), en el que se exigía: "El enfermero debe ser inteligente, puro en cuerpo y mente, listo, paciente y bondadoso."

2) *Cristiano:* Heredado de los principios de la Era cristiana, el segundo Mandamiento de las Tablas de la Ley, y la Regla de Oro hecha por el Papa Gregorio XIII.

3) *De servicio:* Aunque podemos decir que es de tipo cristiano, sin embargo partió de las primeras civilizaciones (sumerios).

4) *Etico:* También en tiempos del Rey Asoka, en la India, y de Hipócrates, en Grecia.

5) *Científico:* Del Hospital Monte Casino (San Benito, 529, d. J. C.), que fue durante muchos años el centro de la evolución científica, siendo la primera Institución en la que se llevó a cabo la visita médica.

6) *Humanitario:* Desde principios de la Humanidad, el que se vio reforzado con el advenimiento de Cristo.

7) *De renunciamiento a la vida fácil:* Se originó de las órdenes religiosas.

8) *Militar:* Heredado de Moisés, y más tarde de las Cruzadas.

610.730
J324h
1966

HISTORIA de la ENFERMERIA

ESCUELA DE ENFERMERIA LUIS VAN BUREN BIBLIOTECA CENTRAL

Por las enfermeras tituladas

ELIZABETH M. JAMIESON
Ex Directora de Enfermería, Escuela de Enfermería, Fabiola Hospital, Oakland, California.

MARY F. SEWALL
Ex Directora de Educación en Enfermería, Escuela de Enfermería, Methodist Hospital, Los Angeles, California.

ELEANOR B. SUHRIE
Profesora Adjunta de Enfermería, Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania.

visión y Sección Especial sobre Iberoamérica por la Enfermera Titulada

[ARIA ELENA MAZA BRITO
Directora de la Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de la Nutrición, México, D. F.

Sexta edición

Traducido al español por el
SR. CARLOS GERHARD OTTENWAELDER

Editorial Interamericana, S. A.

México - Argentina - España - Brasil - Colombia - Chile - Perú - Uruguay - Venezuela

Rm. 10084

R 1960

[redacted]

Propiedad de Editorial Interamericana, S. A. - Cedro núm. 512. México 4, D. F., México

Este libro no puede ser reproducido, total o parcialmente, sin autorización escrita del editor

Todos los derechos reservados

Edición en español

© 1968 por EDITORIAL INTERAMERICANA, S. A.

SEXTA EDICION

Traducido de la edición original de la obra
Trends in Nursing History, by Elizabeth M. Jamieson, Mary F. Sewall and Eleanor B. Suhrie

COPYRIGHT UNDER THE INTERNATIONAL COPYRIGHT UNION

© 1966 by W. B. SAUNDERS COMPANY, PHILADELPHIA

Impreso en México — Printed in Mexico

19-8-1971 Ed. Orellana E° 190

PREFACIO

EN ESTA SEXTA edición de *Historia de la Enfermería* aparece una innovación en forma de un capítulo introductorio sobre el tema "Relaciones Internacionales", que habla de acontecimientos del duodécimo Congreso cuatrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, celebrado en Melbourne, Australia, en la primavera de 1961. En esta forma se proporciona a las profesoras la oportunidad de destacar el punto de vista de que la enfermería trasciende todas las fronteras nacionales y todas las culturas, así como el concepto de que el desarrollo de actitudes adecuadas es una de las ventajas principales del conocimiento de la historia de la enfermería. Se brinda oportunidad, asimismo, de describir los resultados obtenidos hasta el presente en enfermería y de despertar el interés por los acontecimientos que han conducido al estado de cosas actual y los que habrán de conducir al futuro. En las palabras de George Santayana, que fue profesor de filosofía de la Universidad de Harvardad: "Los que no recuerdan el pasado están condenados a repetirlo."

Los primeros capítulos del libro se han abreviado algo, con objeto de dejar espacio para acontecimientos recientes. Los últimos tres, en cambio, "Tendencias Modernas en Enfermería", "Carreras de Enfermeras Graduadas" y "La Enfermería en Diversos Países", se han ampliado y puesto al día. Se ha procedido, asimismo, a otros cambios a todo lo largo del libro. El acento sigue poniéndose en la tendencia general de los acontecimientos, más bien que en la multiplicidad de detalles.

Toda vez que las estudiantes actuales están llamadas a ocupar sus lugares en un mundo más unido y más interdependiente de lo que fue el caso con sus predecesoras, la comprensión de los acontecimientos que han conducido a la situación presente despertará confianza en cuanto a adoptar las enfermeras el papel de instrumentos del progreso social. Se les presentarán oportunidades ilimitadas de empleo de sus conocimientos y habilidades en la construcción de un mundo democrático en el que todo individuo se vea libre de enfermedad y encuentre una oportunidad adecuada para su propio progreso y desarrollo. La comprensión de las tradiciones históricas, de los ideales del servicio y de los principios cristianos de las que las han precedido es la legítima herencia de todas las enfermeras y añadirá dignidad y significado a su labor.

Pacific Grove, California — MARY FRANKLIN SEWALL

Pittsburgh, Pennsylvania — ELEANOR BRADY SUHRIE

INDICE

INTRODUCCION

Capítulo 1

Relaciones internacionales 3
Reuniones ordinarias 5
Reuniones de estudiantes 8
Sesiones finales 9
Sugestiones para estudio 15

Primera parte. LAS CIVILIZACIONES ANTIGUAS: de aproximadamente 5000 a. J. C. a 500 d. J. C.

Capítulo 2

Los inicios de la civilización: de 5000 a. J. C. a 1 d. J. C. 19
El Cercano Oriente 21
Egipto 21
La fértil "Media Luna" 25
Persia (actualmente Irán) 29
El Lejano Oriente 30
India 30
China 32
Las Américas 33
Sugestiones para estudio 35

Capítulo 3

El mundo mediterráneo 38
Grecia 38
El "Nacimiento de la razón" 41
Roma 44
Sugestiones para estudio 48

Capítulo 4

La era cristiana: 1-500 d. J. C. 49
Saúl de Tarso 51
Las primeras órdenes cristianas de mujeres 53
Las diaconisas 53
Viudas y vírgenes 53
Persecución de los cristianos 55
Influencia de Constantino el Grande 55
Las matronas romanas 55

Diaconia y Xenodoquia 57
Estado de la medicina y la enfermería 58
La caída de Roma, en 476 d. J. C. 61
Sugestiones para estudio 64

Segunda parte. LA EDAD MEDIA: de aproximadamente 500 a 1500 d. J. C.

Capítulo 5

PRIMEROS SIGLOS DE LA EDAD MEDIA: LA SOCIEDAD EN PEQUEÑAS UNIDADES COOPERATIVAS 69
El monaquismo cristiano 70
Origen de los monasterios benedictinos 70
Mujeres de la vida monástica 73
El feudalismo 74
Los gremios 76
El islamismo, rival del cristianismo 77
La medicina y la enfermería, 500 a 1000 d. J. C. 80
Sugestiones para estudio 82

Capítulo 6

LA BAJA EDAD MEDIA: LA SOCIEDAD SE HACE MÓVIL; DESPRENDIMIENTO DE LOS INDIVIDUOS 84
Peregrinaciones a Palestina 84
Las cruzadas (1096 a 1271) 85
Ordenes de enfermeros militares 86
Problemas sociales medievales 88
Advenimiento de las órdenes mendicantes 90
Origen de las órdenes seculares 92
Ganancias y pérdidas de los cruzados 95
Cambios sociales relacionados con las cruzadas 95
La caballería influye sobre la posición de las mujeres ... 96
Grandes pestes del siglo XIV 97
Santa Catalina de Siena; enfermera de hospital y enfermera domiciliaria 98
La medicina durante la baja edad media 100
Desarrollo de los hospitales 102
La enfermería en la baja edad media 105
Sugestiones para estudio 108

Tercera parte. LA ERA MODERNA DE LA EVOLUCION CIENTIFICA Y SOCIAL: Comienzos alrededor de 1500 d. J. C.

Capítulo 7

EL RENACIMIENTO, LA REFORMA Y LA DECADENCIA DE LA ENFERMERÍA 113
El renacimiento 113
El renacimiento clásico 113

Revolución política 115
La revolución industrial 116
La Reforma 116
Traslado de la cultura europea a América 117
La medicina del renacimiento 119
La medicina en América 121
La era del saneamiento 124
Mujeres del renacimiento 125
Origen del feminismo 126
Mujeres de la revolución industrial 127
Decadencia en la enfermería 128
Sugestiones para estudio 131

Capítulo 8

PRIMEROS HOSPITALES DE LAS AMÉRICAS 133
La Nueva España 133
La Nueva Francia 135
Canadá 136
Louisiana 142
La Nueva Inglaterra 143
La revolución en Norteamérica (1775-1783) 146
El dispensario de Philadelphia 147
La sociedad de enfermeras en Philadelphia 148
El progreso de los hospitales 148
Sugestiones para estudio 149

Capítulo 9

MOVIMIENTOS DE REFORMA SOCIAL 151
La reforma social católica 151
Reforma social protestante 154
La reforma de las cárceles 155
Reforma en la atención de los enfermos mentales 156
Exposición de los métodos de enfermería dominantes .. 157
Es fundada la orden de las diaconisas modernas 159
Florencia Nightingale, reformadora de hospitales y de la enfermería 164
Sus primeros años 164
Primer cargo 167
El servicio en la guerra de Crimea, 1854-1856 168
Las actividades posbélicas 174
Sugestiones para estudio 177

Capítulo 10

DESARROLLO DE INSTITUCIONES SOCIALES 179
Reforma no sectaria de la enfermería 179
Se establece la enfermería municipal 182
Servicios gubernamentales canadienses 319
Nacimiento de la Cruz Roja en 1863 184

La guerra civil en Norteamérica (1861-1865) 186
La labor de la comisión sanitaria 187
Enfermería voluntaria 188
Organización de la enfermería militar 190
La Cruz Roja Nacional Norteamericana 191
La reforma de la enfermería en América 191
La reforma anterior al sistema Nightingale 192
La reforma Nightingale 193
Primeros cursos preliminares 199
Los primeros libros de texto 200
Los métodos dominantes 200
La adopción de uniformes 201
Otras reformas sociales 202
El ejército de salvación 203
Establecimientos 203
Y. M. C. A. y Y. W. C. A. 203
Misioneros médicos 203
La nueva enfermera 204
La medicina inicia un periodo revolucionario 205
Sugestiones para estudio 208

Capítulo 11

LAS PRIMERAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA Y TRES GUERRAS 211
Organizaciones de enfermería de Inglaterra 211
Nuevas organizaciones internacionales 212
El consejo internacional de enfermeras 213
Organizaciones nacionales de Canadá 214
Las guerras de fines del siglo XIX 215
La guerra Hispano-Americana 216
La guerra Sudafricana 217
El cuerpo de enfermeras del ejército y la armada de los Estados Unidos 217
El servicio de enfermería de la Cruz Roja Norteamericana 217
La enseñanza graduada para enfermeras 218
Cambios de organización 220
La primera guerra mundial (1914-1918) 221
La Escuela Superior Real de Enfermería 224
La reconstrucción en la posguerra 225
Rehabilitación profesional 225
Liga de sociedades de la Cruz Roja 225
Cursos de posgraduadas en la Escuela Superior de Bedford 226
La liga de las naciones 226
Tendencias generales en la enfermería 227
Objetivos más amplios en medicina 227
Sugestiones para estudio 230

Capítulo 12

ESTUDIOS NACIONALES DE LA ENFERMERÍA Y LA MEDICINA 233
El estudio Rockefeller (1920-1923) 233

Graduación de las escuelas de enfermería (1926-1934) 235
Estudios en Canadá e Inglaterra 238
Revisión de las leyes relativas a la práctica de la enfermería 239
Estudio de la práctica médica (1927-1932) 239
Ley de Seguridad Social de 1935 240
La fundación internacional "Florence Nightingale" 241
La FIFN asociada al CIE 242
Sugestiones para estudio 243

Cuarta parte. EVOLUCION CIENTIFICA Y SOCIAL ACELERADA

Capítulo 13

LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL Y LA POSGUERRA 247
Los problemas de la posguerra 252
UNRRA 252
Las Naciones Unidas 254
La evolución de la posguerra 260
Tres estudios de enfermería 261
Estudios de datos escolares de 1949 263
La ley Hill-Burton 263
La comisión presidencial 263
El Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia de los EE. UU.; Servicio de Salubridad 264
Cambios de estructura en la enfermería organizada 266
Acreditación nacional de las escuelas de enfermería 268
Acreditación nacional de los hospitales 269
Auge de psiquiatría 270
Expansión de los servicios de rehabilitación 271
Sugestiones para estudio 272

Capítulo 14

TENDENCIAS MODERNAS EN ENFERMERÍA 274
Asociación Americana de Enfermeras 274
National League for Nursing (Liga Nacional para la Enfermería) 278
Programas y actividades importantes 280
National Student Nurses' Association ("Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera" —NSNA) 282
El American Journal of Nursing Company 284
La Asociación de Enfermeras Canadienses 285
Ampliación de los programas de investigación de enfermería 287
Programas de investigación de grado asociado 288
Programas de investigación de la ANA 289
La fundación de las enfermeras americanas para la investigación 292
Programas de estudio de la NLN 293
Programas de investigación de enfermería del USPHS 295
Un estudio de estudios, de Yale 296

Informe del grupo asesor del director general de Salubridad 297
Comité de Enfermería de la AMA 301
Sugestiones para estudio 301

Capítulo 15

CARRERAS DE ENFERMERÍA GRADUADAS 304
Oportunidades de carrera 304
Servicios gubernamentales 311
Servicios gubernamentales canadienses 319
Departamento de la Defensa Nacional 319
Departamento de Asuntos Veteranos 319
Departamento Nacional de Salubridad y Asistencia ... 320
La Orden Victoriana para Enfermeras del Canadá 320
Programa de intercambio de visitantes de los EE. UU. ... 321
Responsabilidades morales y legales de las enfermeras 322
Leyes que reglamentan la práctica de la enfermería ... 323
Contratos de empleo 324
Condición legal de las personas empleadas 325
Daños contra delitos 325
Seguridad económica para las enfermeras 326
Fondos de enseñanza para enfermeras 328
Fondos para enseñanza de enfermeras, S. A. 328
Premios de capacitación del USPHS 329
Fondos del Centro Pediátrico de los EE. UU. 330
Otros fondos para enfermeras 331
Becas de la WHO para estudio en el extranjero 331
Becas "Fulbright" 332
Sugestiones para estudio 332

Capítulo 16

LA ENFERMERÍA EN IBEROAMÉRICA 335
Argentina 335
Brasil 337
Colombia 340
Chile 342
Cuba 345
El Salvador 348
Guatemala 351
Haití 354
Honduras 356
México 356
Epoca precortesiana 356
Epoca colonial 358
Guerra de independencia 359
Epoca de la revolución 362
Epoca moderna 363
Evolución de la enfermería de salud pública en México en los últimos cincuenta años 377

Agrupaciones nacionales de enfermería 382
Nicaragua 385
Panamá 387
Perú 390
Uruguay 394
Venezuela 397
Sugestiones para estudio 401

Capítulo 17

LA ENFERMERÍA EN DIVERSOS PAÍSES 403
Francia 403
Alemania 405
Bélgica 406
El norte de Europa 408
Italia 409
Israel 411
Africa 412
La República de India 416
China 417
Formosa 418
Japón 418
Corea 419

INDICE ALFABÉTICO 425

INTRODUCCION

Capítulo 1

ESCUELA DE ENFERMERIA
BIBLIOTECA
SAN LOS VAN BUREN

RELACIONES INTERNACIONALES

En abril de 1961 más de dos mil trescientas enfermeras graduadas de cuarenta países y doscientas estudiantes de enfermería de siete países se reunieron en Melbourne, Australia, como huéspedes de la Federación Real Australiana de Enfermería. ¿Con cuál objeto especial se habían desplazado por tren, barco y avión, y cuáles fueron sus realizaciones? Los miembros presentes y futuros de organizaciones de enfermería nacionales, afiliados al Consejo Internacional de Enfermeras, se disponían a asistir al duodécimo Congreso cuatrienal del CIE, que se reunía por vez primera en el Pacífico del Sur. Mientras en el hemisferio norte, que muchas de las asistentes habían dejado atrás, florecía la primavera, las flores y los arbustos revelaban que "allá abajo" era ya otoño.

Reinaba doquier una atmósfera internacional. Banderas nacionales y estandartes de las asociaciones adheridas adornaban el balcón del gran Edificio de la Exposición, en el que tenían lugar las reuniones. Los himnos nacionales de muchas naciones fueron ejecutados por la Real Banda de la Aviación Australiana, y un "Canto de Bienvenida" fue cantado por el coro del Movimiento Cristiano Australiano. Algunas de las enfermeras llevaban los trajes nacionales de regiones africanas y orientales. Las estudiantes de enfermería australianas, en sus uniformes escolares, formaban una guardia de honor a la entrada del auditorio a medida que iban llegando funcionarios del gobierno australiano, jefes de las diversas iglesias y de varios servicios, así como otras distinguidas personalidades. Asistían miembros de la prensa, con objeto de informar de las sesiones a sus respectivos países y otras partes del mundo.

En el Congreso anterior, celebrado en Roma en 1957, el presidente saliente había dado la consigna de "Sabiduría" para el cuatrienio siguiente, y el lema del Congreso de Melbourne iba a ser "Sabiduría y Dirección mediante la Organización Profesional". Las sesiones oficiales fueron abiertas por la presidente, *Agnes Ohlson,* de los Estados Unidos de Norteamérica, quien habló de la importancia atribuida hoy en día al bienestar del individuo y de la conciencia pública de la necesidad de una adecuada atención de sanidad. Habló también de la responsabilidad de los gobiernos en materia de asistencia social mediante servicios de sanidad y organizaciones de enfermería, para contribuir a resolver problemas de las naciones y del mundo. *Daisy C. Bridges,* de Inglaterra, secretaria general saliente del CIE después de 13 años de servicios abnegados, afirmó que "El Consejo Internacional de Enfermeras, con sus miembros dispersos por todo el mundo y sus altos ideales profesionales puede ejercer poderosa influencia en el fomento de la sanidad mundial y en el entendimiento de las naciones".[1]

Lyle Creelman, de Canadá, jefe de la Sección de Enfermería de la Organización Mundial de la Salud, transmitió los saludos del cuartel general, en

[1] *American Journal of Nursing,* julio de 1961, p. 62.

FIG. 1. Delegados internacionales y participantes en el Congreso asisten al gran Concilio del Consejo Internacional de Enfermeras en el Edificio de la Exposición, de Melbourne, en 1961. (*International Nursing Review, mayo/junio,* 1961. Con autorización de la Oficina Australiana de Noticias e Información.)

el Palacio de las Naciones, en Ginebra, Suiza, y habló de los beneficios de las estrechas relaciones de colaboración entre la OMS, que es un servicio especializado de las Naciones Unidas, y el Consejo Internacional de Enfermeras. Gracias a su condición de relación oficial con la Organización Mundial de la Salud, el CIE actúa de asesor experto de aquélla en lo que se refiere a la enseñanza y el servicio de enfermería.

Marie Jahoda, psicóloga social, de Inglaterra, hizo la alocución sobresaliente, en el curso de la cual dijo que tal vez el rasgo más distintivo de la profesión está en que "sus miembros poseen conocimientos especializados que se adquieren mediante una enseñanza oficial más allá de la escolaridad común a todos los miembros de la nación, de acuerdo con las leyes de ésta". Siguió diciendo, luego, que "el concepto de profesión implica que la calidad de la labor efectuada por sus miembros reviste mayor importancia a los propios ojos de éstos y a los de la sociedad que la compensación económica que de ella obtienen".[2] Llamó asimismo la atención acerca del peligro posible de la propensión a hablar como si los problemas de cualquier raza y país pudieran resolverse por efecto de la buena voluntad enorme del Consejo Internacional de Enfermeras.

Alice Girard, ex presidente de la Asociación de Enfermería Canadiense, incluyó en su alocución los siguientes conceptos: "Representamos a enfermeras profesionales de todas las partes del mundo. Trabajamos en todas las condiciones existentes: políticas, económicas, geográficas y climáticas. Estamos íntimamente integradas en el contexto de nuestros respectivos países, y estos países varían entre sí por lo que se refiere a sus aspiraciones nacionales. Pese a las posibilidades de división inherentes a la diversidad de los estudios que constituyen nuestra profesión, estamos todas unidas en un propósito y un objetivo comunes. Y en esta unanimidad de propósito somos realmente afortunadas, puesto que, en un mundo

[2] International Nursing Review, mayo/junio de 1961, p. 11.

lleno de conflictos, aquélla proporciona una amplia base internacional para el esfuerzo, el interés y la comprensión mutuos".[3]

La oradora siguió diciendo a continuación que en el mundo actual actúan tres fuerzas que producen cambios sociales constantes, de las que la profesión de la enfermería ha de tener conocimiento y comprensión. Estas fuerzas son: una revolución científica y tecnológica que afecta profundamente las prácticas de la medicina y la enfermería; inquietudes crecientes entre la gente a causa de la apertura de horizontes más vastos mediante los progresos en la enseñanza y la ciencia, y un nivel de educación en aumento, con medios de comunicación y transporte cada vez más rápidos.

REUNIONES ORDINARIAS

Además de las sesiones plenarias, celebraron reuniones ordinarias los dos cuerpos rectores del CIE, esto es, el *Consejo de Directores (Board of Directors)* y el *Gran Consejo (Grand Council),* formado el primero por funcionarios del CIE y los presidentes de las asociaciones adscritas, y el segundo, que es el cuerpo votante, constituido por el mismo grupo más cuatro delegados oficiales de cada asociación adscrita. El Consejo de Directores se reunió en Wellington, Nueva Zelandia, una semana antes de la apertura del Congreso, en calidad de huéspedes de la Asociación de Enfermeras Registradas de Nueva Zelandia. Y el Gran Consejo celebró por su parte cinco reuniones, a las que fueron invitados todos los demás miembros. El Consejo de Directores se reúne cada dos años, en tanto que el Gran Consejo sólo lo hace durante los congresos cuatrienales.

Se recibieron y examinaron informes y recomendaciones de la *División del Servicio de Enfermería (Nursing Service Division)* y de la *División de Enseñanza "Florence Nightingale",* y se creó una nueva División de Asistencia Social y Económica *(Social and Economic Welfare Division). Frances Beck,* de Inglaterra, habló de "La Responsa-

[3] INR (International Nursing Review), mayo/junio de 1961, p. 22.

FIG. 2. Marie Jahoda, psicóloga social. (*International Nursing Review,* agosto de 1960.)

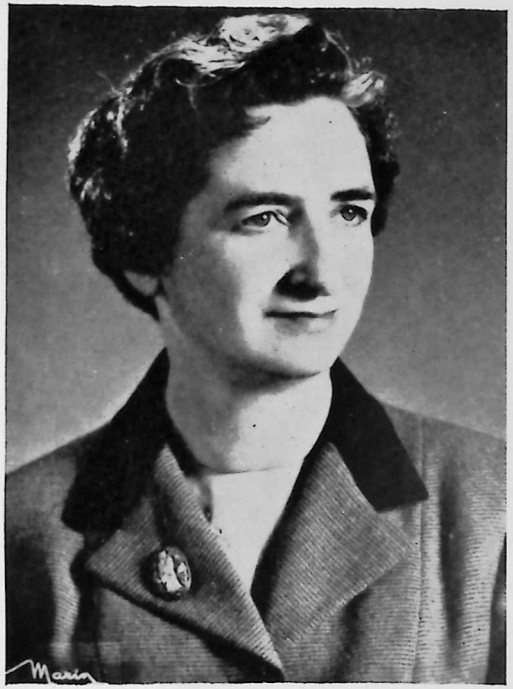


FIG. 3. Alice Girard, Presidente del CIE, de 1965 a 1969.

bilidad de la Asociación de Enfermeras Profesionales en relación con la mejora del Servicio de Enfermería". Subrayó la necesidad de la unidad de propósito dentro de la diversidad de intereses de las profesoras, las administradoras y otras especialistas de la enfermería, así como del cultivo de las artes de comunicación por parte de todas las enfermeras. Habló también de la responsabilidad de las asociaciones de enfermería nacionales por lo que se refiere a prácticas éticas sanas, a la participación en la labor internacional a través del CIE y a la representación de la enfermería en los organismos gubernamentales y privados. Insistió en que se aprobara la necesidad de responsabilidad individual y colectiva en vista de la mejora futura de todos los servicios de enfermería.

Ellen Broe, de Dinamarca, directora de la División de Enseñanza "Florence Nightingale", dijo que "La enfermera del futuro ha de estar preparada para moverse libremente entre el hospital y el hogar; habrá de estar familiarizada con la labor en los hospitales regulares, los centros de pacientes ambulantes, las clínicas y las unidades de rehabilitación. Tendrá eventualmente a su cargo la responsabilidad de la sanidad de un grupo de familias. De ahí que sea importante para la enfermera aprender a trabajar con la gente y a cooperar con una diversidad de colegas".[4]

La División de Enseñanza "Florence Nightingale" del CIE era originariamente un organismo totalmente independiente bajo el nombre de *Florence Nightingale International Foundation,* creado en 1934 cual una institución de enseñanza activa en recuerdo de Florence Nightingale. En 1949 el FNIF se asoció al CIE y funciona ahora cual División de Enseñanza de éste último, aunque conservando su carácter inicial de organismo independiente.

El objetivo de la División de Asistencia Social y Económica se definió como el de asesorar y asistir a las organizaciones de enfermería nacionales a mejorar los procedimientos de aplicación, no considerando los problemas de menos horas, mayores salarios y condiciones convenientes de trabajo sino como factores auxiliares de la solución del problema principal consistente en mejorar su servicio social. De acuerdo con este propósito de estimular normas elevadas de la práctica de la enfermería, la División del Servicio de Enfermería lleva a cabo una labor de investigación con tal objeto y, bajo la dirección de *Virginia Henderson* de los Estados Unidos, se ha preparado un opúsculo con el título de *ICN Basic Principles of Nursing Care* ("Principios básicos de atención de enfermería del CIE") que se emplea extensamente en el mundo entero.

Una medida interesante aprobada por el Gran Consejo fue la de la confección de un folleto sobre *Etica de Enfermería* que habrá de comprender el *Código Internacional de Etica* que puede obtenerse ahora del cuartel general, *ICN House, 1 Dean Trench Street,* Londres S. W. 1, Inglaterra. Se aprobó asimismo para consideración futura una medida acerca de la conveniencia de preparar un juramento, basado en el Código Internacional de Etica, que se tomaría en el momento de la graduación en todas las instituciones del mundo.

[4] *California Nurses' Association Bulletin,* septiembre de 1961, p. 140.

Además de los mensajes de las Divisiones del CIE, se recibieron otros de *Publications and Public Relations Department* (Departamento de Publicaciones y Relaciones Públicas) y de *Information on Professional Qualifications Department* (Departamento de Información de Calificación Profesional), el primero de los cuales difunde conocimientos de los progresos en materia de enfermería sobre una base mundial mediante la publicación quincenal de la *International Nursing Review* (Revista Internacional de Enfermería) y otra literatura, en tanto que el segundo valora las credenciales de las enfermeras que están buscando opotunidades de estudio o de empleo fuera de sus respectivos países bajo el *Programa de Intercambio de Beneficios CIE para Enfermeras* (ICN *Exchange of Privileges for Nurses Program).*

Las estadísticas presentadas al Gran Consejo por el Departamento de Información de Calificación Profesional revelan que centenares de enfermeras, muchas de ellas refugiadas, han estado trabajando, estudiando u observando métodos de enfermería fuera de sus respectivos países durante periodos estipulados, y que su número ha ido en aumento en estos últimos años. Los arreglos para experiencias de esta clase los hacen algunas enfermeras por mediación de sus respectivas asociaciones nacionales en cooperación con el CIE,

FIG. 4. Estudiantes de enfermería australianas en el Congreso del CIE de 1961. *(International Nursing Review,* mayo/junio, 1961.)

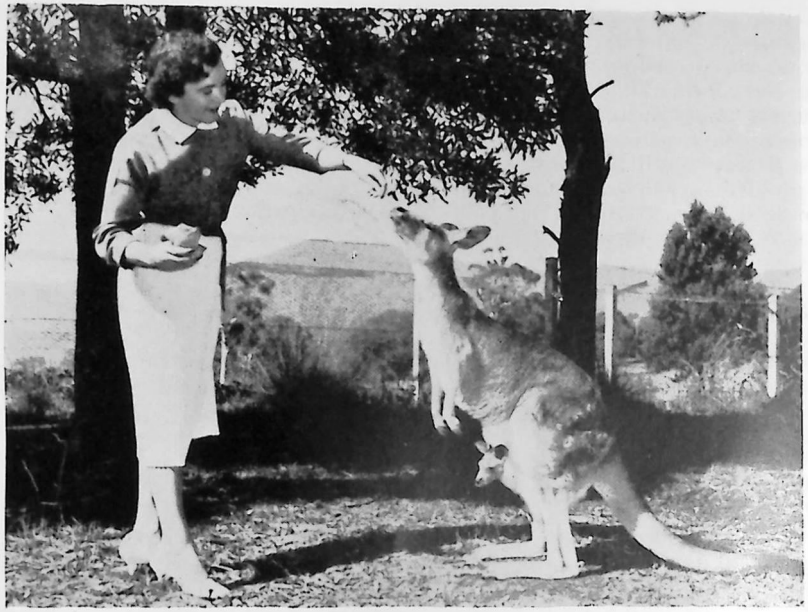


FIG. 5. Joven dama dando de comer a un canguro. (*Nursing Times*, 25 de diciembre de 1959. Con autorización del Consejo Internacional de Enfermeras.)

en tanto que otras se sirven de canales individuales. Se lleva un registro CIE de las oportunidades disponibles, así como un servicio de compensación a través del cual se combinan los intercambios de enfermeras y se establecen las normas relativas a los mismos.

REUNIONES DE ESTUDIANTES

Las estudiantes de enfermería asistentes al Congreso de Melbourne representaban escuelas de Australia, Canadá, Gran Bretaña, Corea, Malaya, Nueva Zelandia y los Estados Unidos de Norteamérica. Asistieron a todas las sesiones, incluido el banquete oficial del CIE, y su seriedad y entusiasmo se pusieron de manifiesto en todo momento. Celebraron asimismo reuniones propias durante las cuales se examinó la correspondencia que se había recibido desde el Congreso anterior. Esto puso de manifiesto el hecho de que se había hecho un esfuerzo para establecer contacto con el mayor número de asociaciones nacionales de estudiantes de enfermería posible, y que se había adquirido información acerca de Florence Nightingale, del Consejo Internacional de Enfermeras, del intercambio de visitas entre estudiantes de enfermería, investigación en relación con la redacción de trabajos para determinadas fechas y los uniformes llevados por las estudiantes y las enfermeras en diversas partes del mundo. Se habían conseguido algunos corresponsales en países extranjeros.

La Unidad Internacional de Estudiantes de Enfermería del CIE, constituida en ocasión del Congreso de 1957 en Roma, se examinó, así como las posibilidades de su mantenimiento en relación con los cambios de la población de las escuelas de enfermería entre las reuniones cuatrienales. Se expresó el deseo de la Unidad en el sentido de que todas las estudiantes asistieron a sus reuniones, independientemente de si sus asociaciones nacionales de enfermería habían sido admitidas o no como miembros del CIE. El acuerdo final fue en el sentido de dejar pendientes todas las resoluciones relativas a la Unidad hasta nueva ocasión.

Se dieron algunos tés especiales para estudiantes en diversas escuelas de enfermería de Melbourne, a todas las cuales aquéllas fueron transportadas por taxi o autobús. En el trayecto vieron canguros y ositos Koala embalsamados expuestos en muchos lugares y los compraron en grandes cantidades. El último día del Congreso, las estudiantes fueron invitadas a una comida por las estudiantes australianas en el Hospital Ortopédico Real para Niños, en Frankston, a unos treinta kilómetros de Melbourne. Después de la comida se entonaron cantos populares y se cambiaron programas con autógrafos, difiriéndose el momento del despido todo lo que se pudo.

SESIONES FINALES

Al acercarse el Congreso a su fin, una ceremonia llena de colorido admitió como miembros a las asociaciones de enfermería de trece países, lo que llevaba a cincuenta y nueve el número de entidades afiliadas al CIE. Las nuevas asociaciones eran las de Burma, la Guayana Británica, Egipto, Ghana, Jordania, Kenia, México, Nigeria, Polonia, la República de China, Singapur, Tailandia y Venezuela. Cada vez que se anunciaba el nombre de una nación, una representante de la misma, acompañada de un miembro de la asociación patrocinadora y precedida de una estudiante australiana llevando la bandera de la nación en cuestión, avanzaba por el largo pasadizo central del auditorio hacia la tribuna, donde era recibida por Agnes Ohlson, presidente del CIE, entre los acordes de la Real Banda Australiana de la Fuerza Aérea y grandes aplausos. A continuación se añadía otra bandera a las que adornaban el balcón.

Se procedió a la elección de los nuevos cargos, resultando elegida presidente para el cuatrienio subsiguiente *Alice Clamageran*, de Francia. La Srita. Clamageran es directora de la Escuela de Enfermería y de Asistencia Social del Hospital de Rouen y era presidente, en aquel momento, de la Asociación Nacional de Enfermeras

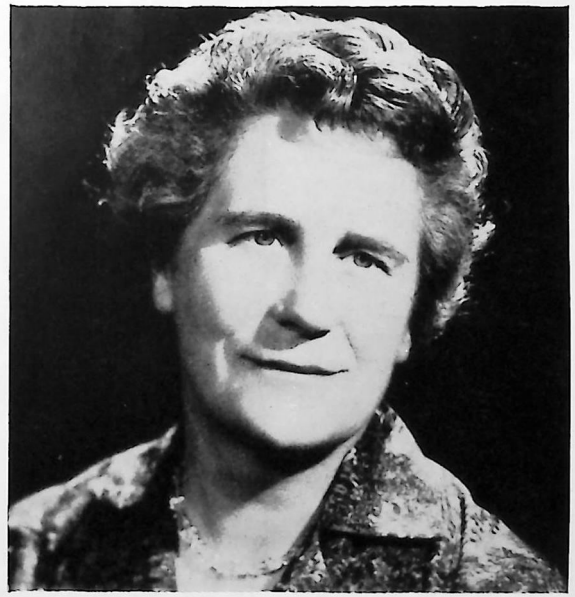


FIG. 6. Alice Clamageran, de Francia, Presidente del CIE, de 1961 a 1965. (Con autorización del Consejo Internacional de Enfermeras.)

Graduadas de Francia. Las presidentes de las asociaciones nacionales de Canadá, el Reino Unido y Alemania presentaron invitaciones para celebrar el próximo Congreso en sus respectivos países, pero fue *Ruth Elster,* presidente de la Federación de Enfermeras Alemanas la que persuadió a las delegados que dieran su voto en favor de Frankfort, en Alemania, para 1965. El lema "Encuesta" fue dado por Agnes Ohlson, presidente saliente, para los cuatro años intermedios, quien añadió: "La encuesta es el espíritu de investigación, la curiosidad de la mente que hemos de cultivar".[5]

EL C. I. C. I. A. M. S.

Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médicosociales

Su origen. En ocasión de un encuentro internacional en Bale (1928), las presidentes de las asociaciones católicas de enfermeras de unos países decidieron la creación de una organización internacional. En Lourdes (1933), un primer congreso reunió a las enfermeras de diez naciones. El C. I. C. I. A. M. S., surgió de esta reunión.

Sus términos

1.—Fomentar, en todos los países, la creación y el desarrollo de las asociaciones profesionales católicas, con el objeto de asegurar el perfeccionamiento técnico, moral y espiritual de las enfermeras y asistentes medicosociales.

2.—Cooperar al desarrollo general de esta profesión y promover una acción sanitaria y social conforme a los progresos de la técnica y a los principios de un orden cristiano.

3.—Coordinar los esfuerzos de las asociaciones profesionales católicas con fines de representar el pensamiento cristiano en el dominio general de la profesión de la enfermera y asistente medicosocial.

Sus realizaciones

1.—Reclutamiento y formación de enfermeras calificadas suscitando la creación de escuelas y asociaciones profesionales católicas.

2.—Formación internacional, durante las sesiones en París y en Génova, 1955 y 1957.

3.—Congresos y sesiones regionales de estudio, en Roma, 1947; en Lisboa, 1952, y en Buenos Aires, 1957.

4.—Congresos mundiales: Lourdes, 1933; Roma, 1935; Londres, 1937; Roma, 1950; Quebec, 1954; Bruselas, 1958; España 1962, y Londres 1966.

5.—Relaciones internas por un boletín, circulares, reuniones del consejo y del bufete.

Sus estudios

El C. I. C. I. A. M. S. se interesa en todo lo que es del dominio de la acción sanitaria y social, pero especialmente en las cuestiones que revelan la competencia de las enfermeras y asistentes medicosociales como son:

1.—Cuidados de enfermería.

2.—Educación sanitaria.

3.—Readaptación de los inválidos físicos.

4.—Higiene mental.

Sus relaciones

1.—El C. I. C. I. A. M. S. es miembro de la Conferencia de las Organizaciones Internacionales Católicas desde 1938.

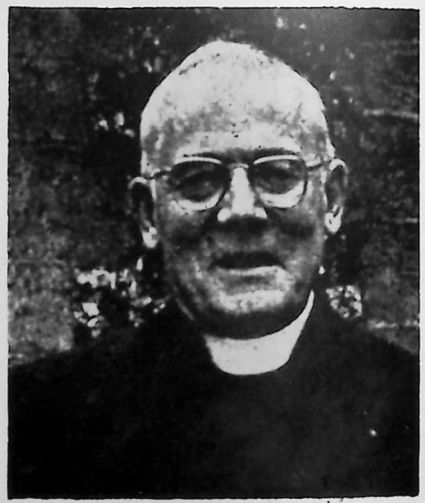


Fig. 6, *A.* Su Excelencia Monseñor A. J. Fougerat, Consejero eclesiástico del C. I. C. I. A. M. S.

[5] *International Nursing Review,* julio/agosto de 1961, p. 4.

2.—El C. I. C. I. A. M. S. está en relación oficial con la Organización Mundial de la Salud desde 1954. Tiene el estatuto consultivo cerca del consejo económico y social, y forma parte del comité de la U. N. I. C. E. F. Está en relaciones oficiales con la Organización Internacional del Trabajo. El C. I. C. I. A. M. S. participa en los trabajos de estas grandes organizaciones internacionales, particularmente en los dominios referentes a la profesión de las enfermeras.

Su organización

El C. I. C. I. A. M. S. está dirigido por:

1.—Un consejo general compuesto de las presidentes de los miembros adherentes.

2.—Un bufete elegido por el consejo general.

3.—Una secretaría central con sede en París, 16 rue Thphaine.

4.—Secretarías regionales en América, Asia y Europa.

Sus estatutos

Artículo primero.—El C. I. C. I. A. M. S. está formado por las asociaciones de enfermeras católicas y asistentes medicosociales, con título legalizado de enfermera, de diferentes países.

Artículo segundo.—Este organismo tiene el nombre de: Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Medicosociales. El Secretariado está en París.

Artículo tercero.—El C. I. C. I. A. M. S. tiene por finalidades las siguientes:

1.—Fomentar, en todos los países, la creación y desenvolvimiento de asociaciones profesionales católicas para así asegurar el apoyo moral y espiritual de las enfermeras y asistentes medicosociales católicas, al mismo tiempo que su perfeccionamiento técnico.

2.—Coordinar, respetando la autonomía de cada una, los esfuerzos de asociaciones profesionales católicas, a fin de estudiar y presentar el pensamiento cristiano en la profesión de enfermera y asistente medicosocial.

3.—Cooperar al desenvolvimiento general de esta profesión y promover una labor sanitaria y social conforme a los progresos de la técnica y a los principios de orden cristiano asegurando así el bienestar y la salud a que tiene derecho todo ser humano con el mayor respeto de sus creencias y convicciones.

Condiciones de admisión.

Artículo cuarto. El Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Medicosociales está formado por miembros adherentes y correspondientes.

Artículo quinto.—Pueden ser miembros adherentes las asociaciones profesionales o católicas constituidas conforme a las leyes respectivas de su país y que satisfacen las condiciones definidas por el reglamento interno.

Solamente los miembros adherentes tienen voz y voto.

Fig. 6, *B.* Madame Elizabeth Van Der Gracht-Carneiro, presidente actual del C. I. C. I. A. M. S.

FIG. 6, C. De izquierda a derecha, Srita. Nora Cassidy, presidente saliente, su Eminencia el Cardenal Heenan, enviado especial de Roma para asistir a la ceremonia de clausura del Congreso, y Madame E. Van Der Gracht presidente entrante, al pronunciar su discurso.

Artículo sexto.—Pueden ser miembros correspondientes las siguientes organizaciones:

1.—Las asociaciones profesionales católicas que no reúnan las condiciones requeridas por el reglamento interno para ser miembros adherentes.

2.—Las escuelas católicas que forman enfermeras y personal medicosocial, según las leyes en vigor en su país.

3.—Personalidades católicas representantes de la profesión.

Medios de acción

Artículo séptimo.—Los medios de acción del C. I. C. I. A. M. S. son:

1.—La organización de congresos internacionales y sesiones de estudio.

2.—La publicación de revistas y circulares.

3.—La organización de viajes de estudio.

4.—El intercambio de delegadas entre las instituciones sanitarias y medicosociales recomendadas por las asociaciones miembros del C. I. C. I. A. M. S.

Consejo General

Artículo octavo. El C. I. C. I. A. M. S. está dirigido por un consejo llamado Consejo General. Este Consejo está compuesto por las presidentes de las asociaciones miembros adherentes dentro de las condiciones definidas en el reglamento interno.

Artículo noveno.—El Consejo General es el órgano supremo del C. I. C. I. A. M. S. Establece los lineamientos generales de sus actividades.

1.—Elige los miembros de la mesa directiva; fija la cantidad para las cuotas; establece el presupuesto, y aprueba los informes sobre la situación moral y financiera de la organización.

2.—Estudia las candidaturas de los nuevos miembros adherentes y correspondientes y determina su admisión definitiva.

3.—Establece el reglamento interno.

4.—Escoge el lugar, la fecha y el programa del próximo congreso del C. I. C. I. A. M. S., confiando la organización a un miembro adherente de su elección y al secretariado.

5.—Estudia los grandes problemas que interesan a los diferentes dominios de sus actividades y en particular aquellos que le son propuestos por las asociaciones miembros.

6.—Puede decidir sobre la creación de comisiones permanentes de estudio, y si es necesario, hace un llamado a título de expertos a personas debidamente calificadas en el dominio de la profesión o en el campo sanitario y social.

Artículo décimo.—El Consejo General se reunirá a convocatoria de la presidente cada dos años, con mayor frecuencia si fuere necesario.

Artículo decimoprimero.—Las decisiones son tomadas legítimamente y sin condiciones de quorum, con la simple mayoría de los miembros presentes o debidamente representados, a razón de una voz por país.

Ya que existen varias asociaciones miembros adherentes de un mismo país, estas asociaciones deberán designar entre ellas su representante.

Artículo decimosegundo.— Todas las votaciones se harán, levantando la mano, a excepción de la elección de la presidente. Sin embargo, el escrutinio secreto es derecho ante la demanda de un miembro presente.

En caso de división, la voz de la presidente es preponderante.

Artículo decimotercero.—Entre las presidentes de asociaciones miembros adherentes, una presidente general es electa por un periodo de cuatro años, por votación secreta y con las dos terceras partes de miembros presentes o debidamente representados.

La presidente general:

1.—Preside todas las actividades y reuniones del C. I. C. I. A. M. S.

2.—Convoca a los miembros interesados.

3.—Representa a la organización en todas las ocasiones, especialmente en justicia y en los actos de la vida civil.

4.—Puede delegar todos o parte de sus poderes en un miembro de la mesa directiva o del Consejo General.

A la expiración de su periodo, la presidente general no puede ser reelecta inmediatamente en sus funciones.

Artículo decimocuarto.—El C. I. C. I. A. M. S. tiene un consejo eclesiástico que asiste con derechos al congreso y a las diversas reuniones del C. I. C. I. A. M. S. y de sus órganos.

Mesa directiva

Artículo decimoquinto.—El Consejo General elige la mesa directiva entre sus miembros y le puede delegar todas o parte de sus funciones.

La mesa directiva está compuesta como sigue:

1.—Presidenta.

2.—Una o varias vicepresidentes.

3.—Secretaria general.

4.—Tesorera general.

Las funciones de la secretaria general y de la tesorera general pueden ser desempeñadas al mismo tiempo por la misma persona.

El Consejo General puede añadir a la mesa directiva una o más delegadas para el desempeño de una misión definida.

Dos miembros de un mismo país no pueden formar parte de la mesa directiva.

Artículo decimosexto.—La mesa directiva es el órgano ejecutivo. Es electa por cuatro años. Asume la dirección efectiva del C. I. C. I. A. M. S., durante las reuniones del Consejo General y orienta sus actividades según las direcciones que le han sido dadas. Se reúne anualmente, con mayor frecuencia si es necesario, mediante la convocatoria de la presidente.

FIG. 6, D. Entrada al edificio del VII Congreso de Enfermeras Católicas, celebrado en Brighton, Inglaterra. "La enfermera y la unidad del mundo".

Los miembros de la mesa directiva son reelegibles al expirar su periodo, a excepción de la presidente.

Secretariado

Artículo decimoséptimo.—La Secretaría General tiene la dirección de diferentes servicios que componen el secretariado, lugar donde ella reside obligatoriamente. Está encargada de la ejecución de las decisiones del Consejo General y la mesa directiva y les da cuenta de todo aquello que concierne a la actividad del C. I. C. I. A. M. S.

La Secretaría General:

1.—Mantiene la relación constante entre los diferentes miembros del C. I. C. I. A. M. S. y asegura los contactos con las otras organizaciones internacionales católicas.

2.—Coordina los trabajos de las diferentes comisiones y resume cada año ante la mesa directiva, frente a la cual es responsable, un informe sobre la situación moral de la organización.

3.—Puede, en el límite de las disposiciones directivas que le son delegadas, emplear el personal necesario en el funcionamiento de sus servicios, observando al máximo y respetando el carácter internacional del Secretariado.

Artículo decimooctavo.—La Tesorería General asume el cargo de recaudación de las cuotas y, dentro del marco del presupuesto establecido por el Consejo General, percibidas todas las sumas y pagados todos los gastos, rinde cuenta de sus funciones a la mesa directiva mediante un informe anual.

Congresos

Artículo decimonoveno.—Los congresos mundiales del C. I. C. I. A. M. S. tienen lugar cada cuatro años y están dedicados al estudio de los problemas de interés en el dominio de la profesión y en el campo sanitario y social.

Artículo vigésimo.—En ocasión de los congresos internacionales, los miembros del C. I. C. I. A. M. S. se reúnen en asamblea plenaria dirigida por la presidente, o, en su defecto, por una de las vicepresidentes.

Conocen los informes sobre la situación moral y financiera, y dan su opinión sobre los problemas presentados en la orden del día y sobre la marcha general del C. I. C. I. A. M. S.

Artículo vigésimo primero.—Las personas, con capacidad física o moral, interesadas en los problemas estudiados, pueden ser invitadas a las reuniones del congreso.

Recursos

Artículo vigésimo segundo.—Los recursos del C. I. C. I. A. M. S. son:

1.—Las contribuciones de los miembros adherentes y correspondientes.

2.—Los subsidios y donativos que pueden ser recabados.

3.—El producto de la venta de revistas y documentos que se puedan editar.

Disposiciones generales

Artículo vigésimo tercero.—Los estatutos del C. I. C. I. A. M. S. pueden ser modificados por el Consejo General a proposición de la mesa directiva o por uno de sus miembros adherentes.

La decisión es tomada por la mayoría, las dos terceras partes, de los miembros presentes o debidamente representados; toda demanda debe ser hecha por lo menos tres meses antes de la reunión del Consejo.

Artículo vigésimo cuarto.—En caso de disolución del C. I. C. I. A. M. S. los bienes que puedan quedar de la liquidación serán distribuidos según los fines generales de la organización.

MESA DIRECTIVA DEL C. I. C. I. A. M. S. ELEGIDA EN BRIGHTON EN 1966

Presidente: Madame E. Van Der Gracht-Carneiro, de la India.
Primera Vicepresidente: Srita. N. Cassidy, de Inglaterra
Vicepresidentes Regionales:
- Africa, Sra. S. George, de Nigeria
- América del Norte, Srita. C. Cagnon, de Canadá
- América Latina, Sra. C. Arauz de Pirovano, de Argentina.
- Sudeste de Asia, Sra. M. Ordoñez, de Filipinas.
- Europa, Srita. I. De Barros, de Portugal.

Pacífico Occidental, Srita. A. Atkinson, de Nueva Zelandia.
Secretaria General: Srita. Gh. Van Massenhove, de Bélgica.
Tesorero: Rev. Padre W. Sleijffers, de Holanda.
Representantes religiosas: Rev. Madre Leatitia S. O. M. M. de Inglaterra.
Rev. Madre Jules Marie Heymans, de Bélgica.
Rev. Madre Lucie Roge, de Francia.
Rev. Madre Drechsel, de Austria.
Delegada de la O. M. S.: Srita. Charles Roquez, de Francia.
Delegada de la UNICEF: Srita. Kelly, de Estados Unidos
Comité de Estatutos: Srita. de Camillis, de Italia.
Comité de Finanzas: Rev. Padre W. Sleijffers, de Holanda.
Comisión de Enseñanza: Srita. Faure, de Francia.
Comisión de Organización Profesional: Srita. Neujean, de Bélgica.

Sugestiones de estudio

¿Cuáles considera la estudiante haber sido los resultados del duodécimo Congreso cuatrienal del CIE celebrado en Melbourne, Australia, en 1961?

¿Cuál considera que sea el papel del C. I. C. I. A. M. S. en el desarrollo de la enfermería católica en los diferentes países del mundo?

Bibliografía

INTERNATIONAL NURSING REVIEW

1899-1959 Jubilee Issue. julio, 1959. ICN Chronology, p. 3.

"ILO Report—Employment and Conditions of Work of Nurses", agosto, 1960 página 26.

"The Importance of Professional Organization—National and International", enero-febrero, 1961, p. 5.

"International Congress, Melbourne", mayo-junio, 1961, p. 3.

"The Story of the Florence Nightingale International Foundation"—Killby. nov-dic., 1963, p. 25.

"News from ICN House", ene-feb., 1964, p. 3.

"International Summer Schools", sept-oct., 1964, p. 17.

AMERICAN JOURNAL OF NURSING

"The ICN, the ANA, and the UN", ene., 1959, p. 83.

With the ICN in Australia", julio, 1961, p. 60.

"Students at the ICN Congress", julio, 1961, p. 92.

"Consider the ICN Congress"—Schutt. nov., p. 77.

NURSING OUTLOOK

"Nursing is International!"—Bridges. abril, 1951, p. 238.

"12th International Congress of Nursing", junio, 1961, p. 372.

C. I. C. I. A. M. S. Nouvelles, Bulletin d'information du Comité International Catholique des Infirmieres et Assistantes Médico-Sociales.

C. I. C. I. A. M. S. What is C. I. C. I. A. M. S.? Why does C. I. C. I. A. M. S. exist? What does C. I. C. I. A. M. S. do?

Primera parte

LAS CIVILIZACIONES ANTIGUAS

de aproximadamente 5000 a. J. C. a 500 d. J. C.

Capítulo 2

LOS INICIOS DE LA CIVILIZACION

de 5000 a. J. C. a 1 d. J. C.

EL HOMBRE primitivo fue un cazador y un nómada hasta que aprendió a escoger un lugar conveniente para cultivar la tierra y establecer una estancia permanente para sí y su familia. Vivía en cavernas e iba de un lugar a otro en busca de alimento en forma de animales, pájaros, peces y fruta, bayas y nueces. Descubrió que la piedra constituía un auxiliar útil y, al principio, todo pedazo desprendido de roca era utilizado en su estado original, pero, con el tiempo, su forma se fue adaptando a muchos propósitos diversos, y este primer instrumento manufacturado se conoce con el nombre de "hacha de puño", de la que se encuentran con frecuencia ejemplares en las excavaciones. La piedra se utilizó con tal habilidad, que este primer periodo de la habitación humana en la tierra se designa con el nombre de Paleolítico, o Edad Antigua de la Piedra, o también con el de Edad de los Cazadores, siendo el periodo más largo de la historia de la humanidad, que se extiende hacia atrás por varios miles de años.

El hombre primitivo sobrevive, en gran parte en su estado original, en partes aisladas de Australia y Africa, y se encuentran restos del mismo en algunas de las tribus indias de las Américas del Norte y del Sur. Los datos conservados de su vida, descubiertos en pinturas en cavernas, tallas y excavaciones, muestran que se produjo una división temprana en pequeños grupos bien delimitados, constituidos alrededor del núcleo de las relaciones familiares, con protección mutua en un mundo difícil como razón básica de desarrollo. Se esperaba de cada individuo que sirviera el bien común al máximo de su capacidad, y la falta de utilidad era causa en ocasiones de su eliminación. La escasez de alimentos o algún peligro inminente podían conducir al exterminio del grupo entero, y en tales casos los viejos o los enfermos eran eliminados o abandonados.

Las costumbres o *mores* peculiares de cada tribu constituían uno de los medios principales de su perpetuación, y las formas de acción que se habían revelado como eficaces se consideraban cual la única forma correcta de hacer las cosas. Los niños, educados en las costumbres del grupo, las aceptaban, o bien, si algún individuo se revelaba de vez en cuando contra aquello que la experiencia había revelado como conveniente, era eliminado o se le expulsaba, para que se enfrentara solo a la naturaleza hostil. Esta fuerte tendencia en cuanto a adherir a las costumbres establecidas confirió a algunas de ellas la estabilidad de leyes.

Animismo. En la existencia vagueante que era la del hombre de aquellos tiempos, éste se enfrentaba constantemente a experiencias cambiantes. Había a su alrededor miles de formas de vida para cuyo conocimiento no tenía ciencia alguna que le guiara; sin embargo, fue reuniendo gradualmente una información que le permitía dis-

FIG. 7. Utensilios de piedra bruta del hombre primitivo. (Con autorización del Museo Metropolitano de Arte.)

tinguir lo útil de lo pernicioso, y los valores alimenticio y curativo de las plantas se fueron aprendiendo empíricamente. Al propio tiempo era natural que el hombre atribuyera a todas las formas de la naturaleza, a las que estaba tan íntimamente ligado, las mismas cualidades de las que cobraba conciencia en sí mismo. Creía que los ríos, árboles, cielo, rocas, plantas, animales, pájaros y peces poseían una realidad interior y reaccionaban como lo hacía él. Este *animismo,* como se le llama, abrió al hombre un mundo más vasto todavía: el de su imaginación.

Finalmente, el hombre se vio rodeado de un velo de superstición que no ha sido capaz, hasta el presente, de destruir por completo. Al tiempo que ésta llevaba a su vida una belleza adicional, acarreaba también miedo y una fealdad inútil. Los espíritus se llegaron a considerar como *buenos* o *malos,* y se atribuían a su respectiva influencia tanto las catástrofes como los beneficios de la vida cotidiana. En tanto que determinados acontecimientos llevaban felicidad, mayor fuerza o nueva vida a las pequeñas bandas de los grupos ambulantes, otros, en cambio, les aportaban tristeza, debilitamiento o muerte. Los desastres como las tormentas, los terremotos, sequía, inundaciones, rayos, incendios o enfermedades se explicaban por la presencia de malos espíritus, o inclusive de buenos espíritus a los que había que aplacar.

Al aprender a protegerse contra los estragos de la enfermedad, el hombre experimentó los efectos favorables de la aplicación externa del agua al bañarse en el río. Es posible que este conocimiento lo obtuviera primero de la observación de los animales, ya que éstos se limpian las heridas lamiéndolas, y aun se ha observado que las mantenían bajo agua hasta ceder la inflamación. La experiencia del vómito o la diarrea a consecuencia del empleo de determinadas plantas como alimento, hace indudablemente necesaria su distinción en la elección. Es posible que algunos de estos conocimientos se obtuvieran también de seres del reino animal, porque sabemos, en efecto, de ejemplos de instinto animal en la selección de plantas como remedio. Su propio maravilloso invento de encender fuego mediante fricción descubrió al hombre el beneficio del calor. En su empleo de piedras calientes se encuentra el origen de métodos ulteriores de cauterización y contrairritación.

Brujos y magos. Algunos individuos se hicieron más expertos que otros en el arte de adivinar los síntomas y aplicar remedios especiales, siendo designados como "brujos" *(medicine men).* La ciencia moderna les reconoce actualmente sorprendentes conocimientos de algunos medicamentos útiles, cuyo empleo, juntamente con baños, manipulaciones y mucha psicoterapia inconsciente, hubo de producir indudablemente muchas curas. Cada uno de estos individuos era considerado como una figura sobresaliente en su tribu y, con objeto de mantener su prestigio, necesitaba ser no sólo experto en conocimientos médicos, sino estar también en un pie de intimidad con los buenos y los malos espíritus, a los que la gente solía ya sea vituperar o invocar en sus intentos por disipar el misterio que rodea la causa y el efecto en materia de enfermedad.

Andando el tiempo, la imaginación del brujo iba a menudo más allá que su prudencia, y éste adoptaba una indumentaria extraña con objeto de provocar miedo de lo sobrenatural. Ataviado con combinaciones de pieles de animales, cuernos, plumas, hierbas, serpientes o sapos, inspiraba reverencia en aquellos que le veían y les convencía de su capacidad para asustar a los malos espíritus danzando, haciendo ruidos raros y ejecutando rarezas ante ellos. Sin embargo, había que demostrar poder para invocar el auxilio de los buenos espíritus, expulsando a los malos, así como el poder de acarrear desastre sobre los enemigos. Necesitaba aprender la *magia blanca,* en vista de objetivos buenos y útiles, y la *magia negra* para fines hostiles y destructivos.

La cura de enfermedades fue adoptando gradualmente el carácter de una ceremonia religiosa ritual, y el brujo fue considerado aparte de la demás gente, cual representante de la divinidad. Los ritos ceremoniales añadieron un apoyo adicional en presencia de algún infortunio de cualquier clase y, finalmente, los brujos acabaron por ser relevados por los magos (médicos sacerdotes), a los que se transmitió aquella mezcla extraña de verdad y superstición.

Mientras tanto, el modo nómada de vida del hombre primitivo producía cambios constantes en la ubicación de las tribus, y éstas tendían a moverse hacia el sur, en donde una temperatura más cálida y una vegetación exuberante permitían vivir con menor esfuerzo de lo que era posible en regiones más nórdicas. Se supone actualmente que este movimiento irradiaba del interior de Europa y Asia a las costas cálidas del Mediterráneo, de India y de China. Otra migración menor se dirigió hacia Europa Occidental e Islas Británicas, y en general el desplazamiento y el establecimiento seguían los bordes de los grandes ríos. Las regiones ribereñas del Mar Mediterráneo llegaron a constituir la parte mayor del mundo conocido, suponiéndose que dicho mar ocupaba el centro de la tierra, como su nombre indica. Todas las áreas al Este del mismo se designaron como *orientales,* y las del Oeste como *occidentales.*

EL CERCANO ORIENTE

EGIPTO

La fértil franja, larga y estrecha, a ambas márgenes del Nilo y bordeada por desiertos constituye lo que había de llegar a conocerse como Egipto. El pueblo que se estableció en este verde valle estaba destinado a atravesar las mismas fases de desarrollo que otras regiones, sólo que en un periodo anterior. Para el año 5 000 a. J. C., los egipcios habían añadido al primer invento humano de los útiles de piedra otros inventos que introdujeron cambios radicales en su manera de vida. La piedra amoladera les permitió dar a los utensilios una agudeza y una suavidad que facilitaban la labor a la que estaban destinados. Alguna persona ingeniosa añadió un mango a la pequeña hacha de puño, y se inventó la segur, que proporcionó el dominio sobre el bosque y brindó la oportunidad de construir un nuevo tipo de casa, en lugar de la antigua caverna, y de construir botes y practicar el comercio.

A partir de la observación de la germinación de semillas caídas inadvertidamente, el hombre aprendió a controlar su abastecimiento de plantas y granos comestibles, llegando así al Neolítico, o Edad de la Piedra Pulida o, también, de los Cultivadores. No viéndose ya obligado a vagar constantemente en busca de medios de subsistencia, sus energías se aplicaron a otras actividades, y creció el número de los inventos. La rueda y el carro figuraron entre los primeros, y para el año 4 000 a. J. C. las observaciones y los cálculos de los egipcios produjeron un calendario que constaba de doce meses de treinta días cada uno, con cinco días

extra para celebrar los nacimientos de los dioses.

Hacia el año 3 000 a. J. C. había sido introducida la escritura, primero en forma de figuras y, más adelante, como signos o jeroglíficos, los más antiguos de los cuales se tallaron en piedra, pero escribiéndose luego con tinta sobre papiro. La invención de la escritura revistió una enorme importancia en la vida de Egipto. Dio impulso al comercio, y los beneficios del comercio permitieron a aquellos precursores de la civilización expresarse en muchas formas. Los edificios adoptaron la dignidad de arquitectura, y palacios, templos y tumbas surgieron por todo el país, creándose la escultura para adornarlos.

La religión y la medicina. Para esta fecha, los hombres habían llegado a un punto en sus creencias que construyeron un mundo habitado por dioses cuya sabiduría y poder rebasaba con mucho los suyos. La mitología fue desplazando al animismo y, finalmente, una tríada de dioses llegó a controlar los asuntos materiales y espirituales. *Isis,* la Madre Tierra auxiliaba al enfermo, las más de las veces por medio de sueños. *Osiris,* su esposo, era el dios de la luz o del sol, y rendía juicio sobre las almas de los muertos, porque es el caso que los hombres habían llegado a creer ahora en la inmortalidad, y los egipcios fueron los primeros en hacer depender la felicidad durante y después de la vida del carácter de la persona. *Horus,* hijo de Isis y Osiris, de quien los faraones se creían descendientes, aprendió de su madre el arte de la medicina.

Andando el tiempo, los primeros templos aumentaron en proporciones y belleza, y sus ruinas nos hablan de la grandiosidad que llegaron a alcanzar hacia el final. Eran presididos por los sacerdotes, y entre los que buscaban su auxilio los había muchos que iban por causa de enfermedad. En esta forma, el templo adquiría el doble aspecto de iglesia y hospital, y el sacerdote se convertía en *sacerdote-médico,* reforzando así el vínculo que ya existía entre la medicina y la religión. De todos los sacerdotes-médicos del antiguo Egipto, la historia destaca cual mayor de todos a *Imhotep.* Tuvo tanto éxito en sus curas de los enfermos y era tan extraordinariamente amable y generoso de carácter, que, después de su muerte, la creencia en Imhotep condujo a los egipcios a levantar templos y estatuas en su honor, y los adoradores dirigían plegarias a su sabio y querido médico.

El significado del templo cual influencia plasmadora en todas las civilizaciones tempranas no puede destacarse bastante. Empezando como un exiguo albergue para proteger la imagen de un dios contra los efectos erosivos del clima, el templo se elevó a una magnitud y adquirió una magnificencia que contrastaba enormemente con la simplicidad primitiva de la existencia humana. Los templos de Karnak y Luxor, por ejemplo, cerca de Gizeh, son actualmente puntos de especial interés para todo turista. Se dice que se dedicaron al solo templo de Karnak cerca de dos mil años de esfuerzos, y los muros de su portal frontal miden 2.7 m de grueso.

F.G. 8. Reconstrucción del pórtico del hipostilo del Templo de Karnak, en Tebas, Egipto. (Con autorización del Museo Metropolitano de Arte, Nueva York.)

Los templos se convirtieron en centro de las localidades y de la vida nacional, y cuando eran frecuentados por los que buscaban alivio a sus enfermedades, los sacerdotes-médicos se dividían la tarea con un grupo de *mujeres templarias* que eran a menudo de posición social elevada y tenían categoría de *sacerdotisas.* Se supone que hubieron de ejercer algunas prácticas de enfermería, especialmente en relación con aquellos que pernoctaban en el templo en espera de la intercesión de los sacerdotes cerca de los dioses, pero la historia no aclara este punto. Es probable que la atención de enfermería en el antiguo Egipto, lo mismo que en otros países en aquellos tiempos, hubo de correr a cargo especialmente de la madre o la hija en el hogar. La madre ocupaba una posición de autoridad, y el nivel del lugar de la mujer en la sociedad egipcia era relativamente alto.

Los sacerdotes decidían de todas las normas éticas y gradualmente fueron reuniendo en forma escrita sus preceptos religiosos y demás, así como aquellas costumbres que el tiempo había convertido en leyes. Entre los cuarenta y dos Libros Sagrados finalmente completados, había seis en los que se hallaba reunida una gran parte de los conocimientos médicos comprobados por las madres primitivas y los sacerdotes-médicos, conocimientos que han llegado a nosotros en forma de rollos de papiro. De estos primeros libros médicos, el que fue comprado en 1874 por el Dr. Ebers de Alemania y se conoce con el nombre de "Papiro de Ebers" se considera como el mejor. Comprende una clasificación y descripción de enfermedades y muchas prescripciones complejas, una de las cuales contiene 35 ingredientes.

Se atribuía gran sabiduría a los dioses egipcios, y cualquier desviación de sus preceptos constituía un crimen castigado por la ley. El hecho de colocar así todas las decisiones en manos de los dioses despojó al hombre de toda iniciativa. Su vida estaba perfectamente ordenada desde fuera. Toda experimentación en medicina se veía desalentada. La disección no estaba permitida. Si un paciente moría a continuación de un tratamiento distinto del que estaba prescrito en los Libros Sagrados, el sacerdote-médico pagaba con su vida. Todo nuevo progreso en medicina quedaba así impedido.

Creencia en la inmortalidad. La creencia de los egipcios en la inmortalidad, que dependía de la conservación del cuerpo, condujo a idear estancias permanentes para éste. Se desarrolló un proceso complicado de embalsamamiento de técnicas tan perfeccionadas, que los cuerpos momificados pueden verse aún hoy en día. Estos proporcionan conocimiento acerca de algunas de las enfermedades que existían en la época, así como del arte del vendaje. En ocasiones se empleaban para una sola momia hasta casi mil metros de tela de hilo de diversos anchos impregnada de una substancia pegajosa que se endurecía para formar la envoltura de un cuerpo hecho aséptico, del que se habían extraído los órganos internos. Según las doctrinas egipcias, si acaso el cuerpo momificado resultaba destruido, una estatua lo más idéntica posible a aquél podía ocupar su lugar en la vida después de la muerte.

Convencidos los egipcios de la conservación eterna del cuerpo y el alma, erigieron tumbas para proporcionar a los muertos un reposo seguro, enterrando con ellos alimentos y otros elementos que contribuyen al bienestar en vida. El tipo de tumba de pirámide fue la elección de los faraones, y las pirámides levantadas para las momias de dichos gobernantes y sus familias siguen en pie cerca de Gizeh, junto al Cairo. La pirámide de Cheops, que cubre unas cinco hectáreas en su base y

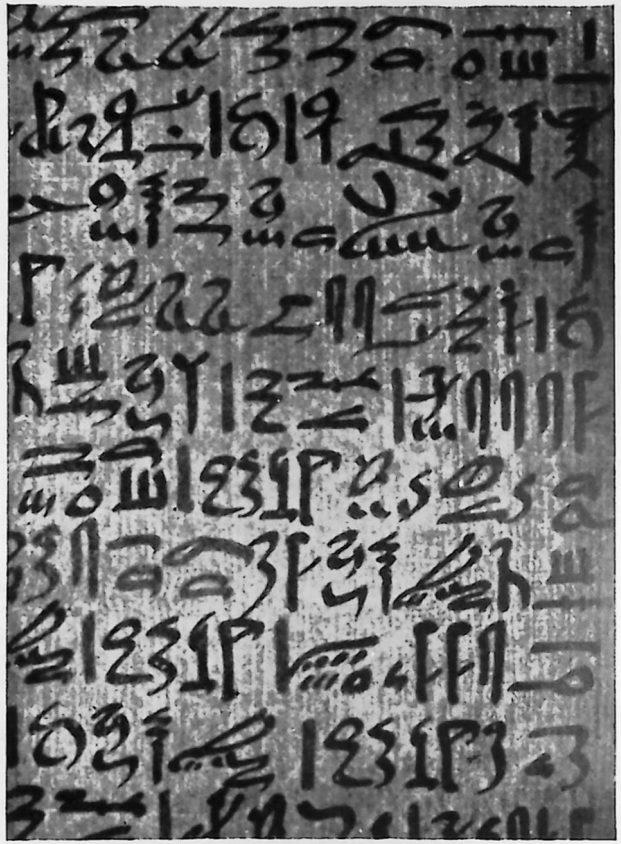


FIG. 9. Receta médica babilónica en escritura cuneiforme. (Museo de la Universidad de Leipzig.)

tiene un alto de casi 150 metros, constituye el monumento de una civilización que entonces se encontraba en el auge de su grandeza. Se calcula que requirió veinte años para construirla para el faraón Cheops y que consumió el trabajo de 120 000 esclavos.

En el año 330 a. J. C. tuvo lugar la invasión y la conquista de Egipto por *Alejandro Magno,* rey de Macedonia, que había sido discípulo de Aristóteles. Cual consecuencia afortunada de este desastre, una nueva gran ciudad floreció en el Delta del Nilo. Alejandría había de ser célebre, con el tiempo, cual patria de *Cleopatra,* Reina de Egipto; sin embargo, la verdadera fama de la nueva ciudad se fundaba en una biblioteca de manuscritos antiguos que atraía a estudiosos del mundo entero. Un museo que en realidad era una universidad reclutó a profesores de renombre y adquirió fama entre los estudiantes. Había entre ellos médicos distinguidos de muchos países y se estudiaba la medicina científica, porque es el caso que la cultura introducida por Alejandro era la griega, y en la escuela por él fundada se seguían los métodos de Hipócrates. El museo alcanzó fama en el mundo entero por su labor en medicina, matemáticas, geografía y astronomía.

El esplendor del imperio de Alejandro no había de durar. Otro imperio surgía ya en el horizonte de la política

mundial, y el año 30 a. J. C. llegaron a Egipto los romanos, conducidos por *Octavio,* sucesor de Julio César. Cleopatra, su reina, se encontraba al frente de un país demasiado débil para resistirle. Sucedieron a la cultura griega la organización y la tiranía romana a lo largo de las márgenes del Nilo, sosteniéndose por espacio de casi siete siglos.

El dominio del territorio egipcio les fue arrancado a los romanos alrededor del año 650 d. J. C., cuando las grandes hordas de fanáticos musulmanes de Arabia barrieron su país a caballo, en dirección oeste, para propagar las doctrinas de Mahoma alrededor del Mediterráneo y construir un gran nuevo Imperio Musulmán que había de regir uno de sus califas. Su influencia fue duradera y, si bien fluye por sus venas una mezcla de sangre, los egipcios actuales se consideran árabes y adhieren a la religión musulmana.

Actualmente, la construcción de un nuevo dique mayor para reemplazar el menor cerca de la ciudad de Asuán, en el desierto de Nubia, se propone asegurar alimentación suficiente a los varios millones de sus habitantes. Esta empresa controlará el curso del Nilo y formará un vasto lago de unos 500 Km de largo, que servirá para el riego, pero obliga por otra parte a los habitantes del desierto de Nubia a abandonar sus viviendas de antiguo establecimiento y a llevar un nuevo tipo de vida en aldeas precipitadamente construidas entre Asuán y Luxor. Los nubios han sido muy admirados por muchos turistas, por su honradez, amabilidad, limpieza e ingenio, y se dice de ellos que en su pueblo no existe el crimen.

El dique de Asuán una vez terminado, alrededor de 1975, está llamado a recubrir para siempre más y destruir un gran número de restos arqueológicos insubstituibles, incluidos tanto templos y tumbas antiguos y esculturas como tallas y pinturas en roca y cuevas. Canteras de granito vecinas suministraron la piedra para que el primitivo genio egipcio creara monumentos que, en dicha región pobre en lluvias, se han mantenido en excelente estado de conservación. Actualmente esos monumentos se están excavando y estudiando por arqueólogos, y se están revelando secretos de los primeros colonos del Valle del Nilo. Se adquiere información histórica auténtica, no sólo acerca de los antiguos egipcios, sino también de la raza humana en general.

Con objeto de prevenir una catástrofe inminente, la República Arabe Unida y la República de Sudán solicitaron la asistencia de la Organización Educativa, Cultural y Científica de las Naciones Unidas (UNESCO), con la misión de salvaguardar nuestros legados culturales y científicos, y han hecho la propuesta de ceder a todas las naciones que contribuyan cuando menos la mitad de todos los descubrimientos de futuras excavaciones en el área amenazada. La UNESCO ha dirigido un llamamiento al mundo entero para reunir los fondos suficientes para trasladar el mayor número de tesoros posibles y salvarlos para la posteridad. Y a medida que estos tesoros vayan encontrando el camino de los museos en todo el mundo, todo el mundo tendrá el privilegio de verlos y de contemplar la infancia de la humanidad, así como la dirección general por la que ésta avanza.

LA FERTIL "MEDIA LUNA"

Los tres antiguos países de Babilonia, Asiria y Palestina formaban una franja de tierra en forma de cuarto creciente que se extendía desde el Golfo Pérsico, al Este, al Mar Mediterráneo, al Oeste, y la cual, a causa de la presencia de tres grandes ríos y de su buena tierra, llegó a conocerse como la "Fértil Media Luna". Babilonia, actualmente Iraq, formaba la porción este en los valles bajos de los ríos Eufrates y Tigris y se designaba primitivamente como "Mesopotamia", o Tierra entre Ríos. Aquí, lo mismo que en Egipto, los arqueólogos han trabajado durante los últimos cincuenta años, y se ha puesto de manifiesto que los inicios de la civilización aparecieron ya entre 4 000 y 3 000 años a. J. C. con un desarrollo tan rico en moral, conocimientos y arte, que algunos han designado

FIG. 10. Seis colosos del Templo de Hathor, o Templo Chico, que representan a Ramsés II (1290-1223 a. J. C.) y a su esposa Nefertari (que corren peligro de quedar sumergidos por la Presa de Asuán). (UNESCO/Laurenza.)

aquella región como la "cuna de la cultura".

Para 2 100 a. J. C. los babilonios habían alcanzado un estado de tal importancia que sus tierras eran conocidas con el nombre de Imperio de Babilonia. Su rey, *Hammurabi,* reemplazó las medidas proseguidas de guerra por un programa constructivo que se distingue por su originalidad. Hombre muy religioso, construyó templos para su pueblo. Estableció asimismo sistemas de riego. Sin embargo, su fama se basa principalmente en su colección de todas las leyes y prácticas más antiguas de las vidas mercantil, legal y social, así como el arreglo sistemático de las mismas en un Código completo. Hizo grabar este Código en un gran fuste de columna de piedra en uno de los templos de Babilonia, su capital. Actualmente, éste es el más antiguo código de leyes conservado, y el sentido de justicia que exhibe se considera, lo mismo que la atención que revela en favor de las clases menesterosas e indefensas, como sorprendente.

La medicina en Babilonia. El Código de Hammurabi reglamentaba asimismo el ejercicio de las artes de medicina y cirugía, y distinguía entre los honorarios para una operación a un "señor" y los que podían cargarse a un liberto o un esclavo. Había diversas penalidades para el cirujano cuya labor fallaba. Si dejaba de curar a un "señor", al al cirujano se le cortaban las manos, y si el que no curaba era un siervo, había de pagar aquél al propietario el precio corriente de un esclavo. Tanto éstos como los castigos inflingidos a los criminales y los culpables de delitos menores parecen duros, pero hay que tener presente que, en aquellos tiempos, la religión hacía muy poco para ablandar el corazón de los hombres, y que el valor conferido a la vida era infinitamente menor que el que siguió al advenimiento del Cristianismo.

La práctica de la medicina se consideraba en esta etapa temprana de la historia de Babilonia como la de mayor importancia. La cirugía se adelantaba a la medicina interna, que se ocupaba sobre todo de fórmulas mágicas para expulsar a los demonios, ya que la creencia general era que dioses de espíritus malos se vengaban de los pecadores humanos enviándoles enfermedades. Los cirujanos de los babilonios practicaban la extracción de las cataratas, la sangría y el empleo de fomentos faciales en los casos de erisipela. Los cuerpos de animales sacrificados proporcionaban la única oportunidad de estudio anatómico. Los sacerdotes babilónicos atribuían las epidemias a influencias astrales nocivas. Diagnosticaban las enfermedades humanas examinando el hígado de animales muertos. De hecho, su sistema de medicina se basaba en forma notable en la *adivinación,* la que se intentaba por muchos modos. La comunión con los muertos, la esfera de cristal, la quiromancia, los naipes, los presagios o la caída de meteoros —o inclusive los actos instintivos de pájaros u otros animales—, todo ello se empleaba como elemento de adivinación.

A las mujeres no se las tenía en Babilonia en gran estima. Sus oportunidades eran estrictamente domésticas, y se practicaba la poligamia. Las mujeres de las clases superiores gozaban de menos libertad de acción que las de las clases media y baja.

El pequeño país de *Asiria* se situaba en la porción media de la Fértil Media Luna y constaba de los cursos superiores de los ríos Eufrates y Tigris. A medida que los asirios se fueron civilizando, Nínive, su capital, se convirtió en el centro cultural y artístico del Este. En ella vivían sus reyes en medio de un lujo deslumbrante, rodeados por un cuerpo de funcionarios que les asistían en las tareas administrativas. Los asirios eran un pueblo belicoso que constituyó el Imperio Asirio, el mayor que hasta allí había conocido el mundo.

Una de las costumbres de los asirios consistía en escribir sobre unas tabletas de barro blando, que luego se co cían al sol o en hornos, y una biblioteca de tabletas de barro recientemente excavada revela a aquéllos como un pueblo supersticioso que creía en la influencia de los cambios de la luna y se servía de encantos y amuletos. La enfermedad representaba un castigo de los pecados y podía curarse por medio del arrepentimiento, en tanto que, por lo demás, la práctica médica se reducía a la magia y al empirismo. Se dedicaba en Asiria tanto tiempo a la guerra, que era poco el que quedaba para cualquier otra cosa que no fuera la práctica militar. La enseñanza estaba reservada a los sacerdotes. Por supuesto, la posición de la mujer en Asiria nada tenía de sobresaliente.

Mientras algunos miembros de las tribus semíticas iban llegando a las regiones de Babilonia y Asiria procedentes de las partes áridas de Arabia, otros miembros de las mismas tribus avanzaban hacia la región de *Palestina* y el extremo occidental de la Fértil Media Luna. Los nativos a los que dominaron les daban el nombre de "hebreos", lo que significa "pueblo de más allá". Con el tiempo emigraron a Egipto, en donde cayeron en cautiverio y fueron esclavos por más de cien años. Se escaparon bajo la guía de Moisés en el siglo xv a. J. C., y después de 40 años de errabundaje regresaron a Palestina, dividiendo el país entre ellos en doce tribus.

La religión había de constituir la principal contribución de los hebreos a la mejora de un mundo que necesitaba mucho de ella. Durante siglos de incertidumbre confusa habían adherido con considerable lealtad al Padre único, Dios, que había surgido como supremo de un politeísmo primitivo. En la organización de un código de leyes en armonía con las necesidades de los tiempos, Moisés desarrolló la Ley Mosaica alrededor de este Dios-Padre moral único, que exigía obediencia de sus hijos. La deuda de la humanidad para con los hebreos no proviene de la adopción de algún nuevo ritual, sino de la aceptación de esta idea del Dios único, Jehová, Hacedor de todas las cosas y Ser bondadoso del que puede esperarse que provenga todo bien, y con quien el hombre puede servirse de su inteligencia en comunión individual a través de la plegaria. Para el año 1 a. C. J., esta religión se había consignado en lo que conocemos ahora como el Antiguo Testamento. Fue escrito por muchos autores y, principalmente, en lenguaje hebreo.

En una época en que la gente había heredado tantos dioses que el culto

religioso se estaba convirtiendo rápidamente en una práctica oficial rutinaria, mecánica y sin sentido, que no conocía en absoluto el significado de una vida del espíritu, la insistencia hebrea en la *hermandad de los hombres* los hacía a todos igualmente elegibles al favor de un Padre severo, pero bondadoso. Su enseñanza de la caridad hacia los demás y la dignidad con que revistió la vida humana ablandó las actitudes del hombre y amplió sus perspectivas. De hecho, el Antiguo Testamento de los hebreos y el Nuevo Testamento, escrito a principios de la era cristiana, se han revelado como las fuerzas principales en el desarrollo de la civilización moderna.

Los imperios en auge, uno después de otro, se fueron adueñando de Palestina, y para el año 1 a. J. C. el país estaba bajo el dominio de Roma. En este tiempo, la religión hebrea compartía con otras religiones de aquellos días una carga abrumadora de ceremonias rutinarias, y la baja invasión de la idolatría se había hecho muy aparente. Hacía tiempo que los profetas habían anunciado la venida de un Cristo o Mesías. Durante su cautiverio y sus migraciones, los hebreos habían visto tanto lo bueno como lo malo de los seres humanos y habían aprendido a concebir una esfera cuyos límites no los fijaba nación alguna. Era esto el reino de Dios.

La medicina en Palestina. Desde el punto de vista médico, los hebreos cuentan con una historia magnífica en la práctica de higiene y sanidad y en la prevención sistemática de la enfermedad, mucho de lo cual hubieron sin duda de aprenderlo durante su cautiverio en Egipto. Las leyes atribuidas a Moisés, que es quien asumió la responsabilidad de conducción en el traslado de Egipto a Palestina después del exilio, estaban destinadas a reglamentar la vida en campaña de más de dos millones de personas, que habían de encontrar su subsistencia durante el camino. La inspección de los alimentos, la dieta, el sacrificio de animales para la alimentación, el diagnóstico y la denuncia de enfermedades contagiosas, así como el aislamiento y la cuarentena, todo esto estaba reglamentado. La circuncisión cual práctica religiosa tenía un carácter sanitario. Sacerdotes-médicos tenían a su cargo las funciones de inspectores de sanidad, y la denuncia de enfermedades se hizo obligatoria. Las órdenes para el tratamiento y el aislamiento, si era necesario, se recibían del sacerdote, quien vigilaba así mismo la desinfección del cuerpo, de la ropa y de la vivienda. Las personas excluidas del campamento por causa de enfermedad habían de obtener el permiso del sacerdote antes de regresar a él.

Las mujeres en Palestina. Las historias bíblicas en las que aparecen mujeres reproducen todos los tipos comunes a la naturaleza humana femenina. *Ruth* ejemplifica la amistad leal; a *Jezebel* se la ha llamado el prototipo de Lady Macbeth; *Huldah* fue una profetisa; *Deborah* fue un juez y una Juana de Arco, en tanto que *Dalila* era sumamente traicionera, y *Vashti* desafió el mandato de un consorte real, suscitando con ello alarma entre los cortesanos, temerosos de que todas las mujeres siguieran su ejemplo y se hicieran más difíciles de gobernar. Es el caso, en efecto, que su acto condujo a una ordenanza declarando que los hombres eran los que mandaban en la casa. Sin embargo, se encuentra toda la dulzura romántica en la historia de *Rebeca,* heroína de decisión y acción. En el cap. XXIV del Génesis, la vemos partiendo con su nodriza y una caravana de camellos, cual otra Deborah, para encontrar a Isaac, que había de ser su marido. Si bien Deborah fue nodriza y compañera de una niña, no cabe duda que en ocasiones hubo de ejecutar algunas atenciones de enfermería, de modo que representa la primera enfermera cuyo nombre ha llegado hasta nosotros.

Las mujeres hebreas, lo mismo que todas las demás, tuvieron una posición relativamente mejor en los días primitivos de las tribus familiares que más adelante. El divorcio y la poligamia les imponían diversas restricciones. En ocasiones se las vendía en cautiverio. No obstante, la atmósfera doméstica, tal como se la interpreta en general, era

ejemplar en Palestina. Los vínculos familiares eran fuertes. A los niños se le enseñaba a honrar a ambos progenitores, de acuerdo con uno de los Mandamientos de Moisés que dice: "Honrarás a tu padre y madre, a fin que tus días sean largos en la tierra que el Señor tu Dios te ha dado". Los dos progenitores compartían la responsabilidad de la educación de los niños. Se enseñaban preceptos morales, higiene, hábitos susceptibles de influir sobre el bienestar físico o mental, con apoyo en la tradición y los preceptos bíblicos. Los padres habían de enseñar a sus hijos profesiones, en tanto que las madres habían de hacer de las hijas unas buenas amas de casa. Las virtudes de aquella madre cuyos hijos "llegarán a bendecirla" nos la muestran como sabia, amable, capaz y diligente.

La igualdad que su religión daba a los hebreos cual hijos que compartían en común los dones de un Padre bondadoso constituía un estímulo hacia la caridad en su trato recíproco. Sus jefes les recuerdan incesantemente las condiciones pasadas de su servidumbre en Egipto y las numerosas pruebas de falta de bondad por parte del pueblo de este país. No está permitido olvidar al extranjero, al huérfano, a la viuda y al pobre. Al pignorante que no le es posible redimir su ropa empeñada antes de la noche, se le ha de devolver para que pueda utilizarla para dormir (Deuteronomio 24:12, 13). Al servidor contratado no se le debe oprimir, ya sea hebreo o extranjero. Ha de recibir asimismo su paga prontamente, "porque es pobre y tiene puesta en ella su esperanza".[1] Los propietarios de viñedos han de dejar algo de fruta en las cepas, los que tienen olivares han de abstenerse de batir las aceitunas más de una vez, los ángulos de los trigales no han de cosecharse, y las gavillas y las espigas olvidadas no han de retirarse del campo abierto. En esta forma, el camino queda abierto a los pobres que seguían a los segadores (Deuteronomio 24:19-22). Se insiste inclusive en la compasión para con el enemigo: "si encuentras el buey o el asno de tu enemigo extraviados, no dejes de reconducírselos".[2]

Un sistema de diezmos ponía en manos de la iglesia, para la atención del culto y el socorro de los pobres, la décima parte del beneficio de todo propietario de terreno después del segundo año y la décima parte de la cosecha anualmente a continuación. Las subvenciones de las *xenodochia* o albergues para extranjeros se sufragaban con base en dicho sistema. Estas instituciones se ampliaron más adelante, cual complemento de su servicio, a la atención de los enfermos, viniendo a ser en esta forma los precursores del hospital moderno.

PERSIA (actualmente Irán)

Al Este de *Babilonia* y extendiéndose entre el Golfo Pérsico y el Mar Caspio, se situaba el altiplano de Irán, ocupado en la Antigüedad por pueblos conocidos respectivamente como medas o persas. Hacia el siglo v a. J. C., los persas no sólo habían conquistado a sus vecinos, los medas, llevando las fronteras de Persia al Este hacia el río Indo, sino que habían extendido su dominio hacia occidente, en el mayor imperio hasta entonces conocido.

En materia religiosa, los persas creían en un dios del bien y un dios del mal. El Zendavesta, o libros sagrados de los persas, deben su autoridad, principalmente, a *Zoroastro,* que vivió alrededor de 600 a. J. C. Según el Zendavesta, el mundo es regido por dos Creadores, uno que da luz y hace el bien, y otro que propaga las tinieblas y el mal. El bien y el mal están en lucha constante por el dominio, y el bien resulta siempre triunfante. El fuego, la tierra y el agua son elementos sagrados, siendo el más puro el fuego. Las virtudes principales son las de veracidad, virilidad y trabajo esforzado.

Se ha dicho que los persas y los hebreos contribuyeron más que otro pueblo antiguo cualquiera a la elevación de las normas de la moral humana. Las semejanzas entre sus respectivos ideales religiosos saltan a la vista. Los dos pre-

[1] Deuteronomio 24:15.

[2] Exodo 23:4.

mian la vida honesta en el más allá. Los dos tratan de controlar la salud física mediante leyes y prácticas religiosas. En comparación con Palestina, sin embargo, Persia contribuyó relativamente poco a la medicina. Lo mismo que la religión de los hebreos, el zoroastrismo cayó en prácticas rituales rutinarias, pero es importante, con todo, la dignidad con que revistió el trabajo en una época de esclavitud. El dios del bien era tan activo como esperaba que lo fueran sus adoradores. Su misión constituía en plasmar el universo, y su industria santificaba todo trabajo. Sus seguidores como él, trabajaron y lucharon.

EL LEJANO ORIENTE

INDIA

La India, en forma de una península triangular con dos grandes ríos, el Indo y el Ganges, se sitúa en la parte sur del continente extremo-oriental. Lo mismo que los valles de Nilo, Eufrates y Tigris, el río Indo ha proporcionado a la exploración arqueológica secretos del pasado.

Tribus arias emigrando desde el Asia central en tiempos antiguos se filtraron entre los pasos montañosos del norte y encontraron en India una raza de gente de color más obscuro que ellos mismos, que gozaban de un clima r cálido y una vegetación más rica de la que nunca conocieran antes. Con el tiempo, estos arios nórdicos despojaron por conquista a los habitantes drávidas del país. En su desarrollo social, la India muestra la influencia de esta mezcla temprana de razas, que confundía lo nuevo y lo viejo sin asimilación alguna. Su sistema característico de castas con su aceptación de la desigualdad de nacimiento y su división desigual de la riqueza se originó en aquellos días primitivos.

Hinduismo. Sobresale en cuanto a infuencia sobre las perspectivas de los pueblos de la India el Hinduismo, conocido como la "madre de todas las religiones". Las enseñanzas del hinduismo fueron reunidas por los antiguos sacerdotes y conservadas para la posteridad en dos colecciones de aproximadamente cien libros sagrados, conocidos como los "Vedas" y los "Upanishads". Están escritos en un bello lenguaje sánscrito. Contienen especulaciones filosóficas y metafísicas de la mayor elevación en relación con el espíritu del universo, al que designan como *Brahman*. Se dan en ellos normas tanto para la vida cotidiana como ceremoniales e himnos religiosos para ocasiones especiales.

Para los estudiantes de medicina y las estudiantes de enfermería reviste importancia especial el hecho de que en los Vedas el hombre se describe como libre de pecado y enfermedad en el momento del nacimiento. Uno de los libros, en particular, el llamado *Ayur Veda* o Veda de la Longevidad, tiene un punto de vista y un contenido médicos e insiste en la higiene y la prevención de las enfermedades. Enseña al individuo a conservar un cuerpo en perfecto estado practicando por voluntad propia los preceptos extraídos de la experiencia general. Se menciona la vacuna contra la viruela. Se examinan prácticas terapéuticas en medicina, cirugía y pediatría. Comprende material médico y psiquiatría.

Nacimiento del budismo. Alrededor del año 500 a J. C. nació en la India un niño hindú de casta principesca, que había de convertirse en el fundador de otra religión humana y pacífica, la cual se propagaría, en su tiempo, por una gran parte de Asia y de otras regiones del mundo. Gautama, que más adelante había de conocerse como *Buda* o "El Iluminado", no estaba completamente satisfecho con la religión hindú que acentuaba las diferencias de casta y provocaba el temor de una casta inferior después de la muerte. Siendo joven todavía, abandonó a su esposa, su hijo y una vida fácil, para convertirse en monje mendicante, aspirando a procurar contento a todo el mundo. Después de haber meditado por espacio de 49 días bajo un árbol "Bo", recibió inspiración en cuanto al sentido de la vida, y la religión que acabó por proponer no exigía sacrificio alguno a los dioses y prescindía por completo del régimen de las castas.

REENCARNACIÓN. Era natural que el budismo conservara muchos de los preceptos del induismo. Lo mismo que éste, el budismo representa el concepto ético básico de un ciclo infinito de nuevos nacimientos y reencarnaciones hasta que, gracias a la autodisciplina, una vida de buenas obras y el descubrimiento de la verdad, se consigue la liberación con respecto a la "Rueda del Karma". El Karma, que actúa como la ley de causa y efecto morales a través de tiempos de vida sucesivos, es el que ocasiona el patrón deseable o indeseable de cada vida. En forma inevitable, cada uno construye para sí mismo un karma bueno o malo. Esto está de acuerdo con la parábola cristiana del sembrador, que dice: "aquello que el individuo siembre, aquello cosechará".[3]

Al descartar las castas, el budismo hizo posible para cada uno la práctica de un sistema de autoeducación que había de acarrear la liberación de los males del mundo y el ingreso en un estado místico de paz perfecta o *Nirvana*. La renuncia completa del yo, con caridad hacia todos los hombres, constituía otra expresión de una religión de bondad hacia la que la India se volvió con afán. Las imágenes de Buda no representan a un dios, sino que son símbolo de aquella perfección de carácter asequible, mediante el esfuerzo, al budista devoto.

El reino del Buen Rey Asoka. Alrededor del año 250 a. J. C., al principio mismo de un largo reinado que había de convertirle en uno de los gobernantes más conspicuos de la historia, el *Rey Asoka* de la India se convirtió al budismo. Educado en la tradición de la guerra, había emprendido una campaña de invasión con el objeto de adquirir territorio, pero sus remordimientos por el dolor humano que causó fueron tan reales, que se negó a volver a luchar. En lugar de ello introdujo métodos de arbitraje que le valieron fama entre los enemigos en potencia. La guerra, decía a los hombres, debería consistir en una conquista espiritual. "Es en las conquistas de la religión que los dioses hallan placer".[4] En cuanto budista, la penetración pacífica se convirtió en adelante en su objetivo, y la influencia de su bondad se percibió mucho más allá de su reino.

En proclamas inscritas sobre rocas, el rey Asoka incitaba a su pueblo a que estudiara la nueva religión. Le exhortaba a ser bondadoso con los esclavos y a dar limosnas a los pobres. En un mundo que atribuía poco valor a la vida, logró organizar lo que equivalía a una sociedad para la prevención de crueldad para con los animales. Con su propio ejemplo, así como mediante preceptos, persuadió al pueblo de la India que todos los seres vivientes son dignos de respeto.

El sabio gobierno del "Buen Rey Asoka" produjo prosperidad. Se construyeron en la India edificios mejorados para el albergue de los viajeros. Estos edificios se pueden comparar con los hoteles con garage de hoy en día, pues proporcionaban abrigo tanto a los animales como a sus propietarios. Se fundaron hospitales. Se construyeron monasterios budistas de gran magnificencia para los hombres y las mujeres que deseaban retirarse de un mundo de labor cotidiana para dedicar sus vidas al estudio y la contemplación. Durante su vida, Buda había fundado comunidades religiosas análogas, y éstas constituían ahora un poderoso auxilio para el rey Asoka, cuyo principal anhelo consistía en proporcionar a todo el mundo las doctrinas de paz y amor inherentes al budismo.

La medicina en la India primitiva. La India establecía unas normas morales elevadas para aquellos que decidían dedicar su actividad a la atención de los enfermos. La necesidad para ellos de obtener una autorización real para tener el derecho de ejercer la medicina era algo parecido a nuestro sistema de licencia. La prevención de las enfermedades se consideraba como un asunto de primera importancia, y el cuidado del cuerpo constituía un deber religioso. Se adoptaban medidas obligatorias de higiene. El bañarse dos veces al día hubo de ser un precepto fácil de introducir en un clima de calor agobiante. Se exigía sentido de responsabilidad y competencia a las comadro-

[3] Galacios 6:7.

[4] Steel, F. A.: *India Through the Ages*, Nueva York, E. P. Dutton & Co.

nas, a las que se prescribía, conjuntamente con los médicos, que llevaran las uñas cortas. Las operaciones se hacían preceder de ceremonias religiosas y plegarias. Para el año 1 d. J. C., los métodos prescritos por la magia habían sido alterados ya para adaptarse a una práctica más al día, pese a que el sacerdote-médico siguiera dominando el campo de la medicina, en el que produjo un retraso considerable por el hecho de negarse a entrar en contacto con los tejidos sanguíneos o patológicos. Lo mismo que en Egipto, la disección del cuerpo humano estaba prohibida.

La posición de la mujer. En el periodo anterior al año 1 d. J. C., las mujeres ocupaban en la India una posición relativamente alta. La monogamia constituía la regla general, pese a que se practicara también la poligamia. El rey Asoka había mostrado interés en la educación de la mujer, y el estado de ésta presenta un vivo contraste con la situación a la que había de verse reducida en tiempos posteriores. Las actividades de la mujer eran, principalmente, las que se relacionan con la administración del hogar. No cabe duda alguna que hubo de realizar las funciones de enfermera cuando la enfermedad atacaba a algún miembro de la familia. En las instituciones, en cambio, estos servicios estaban encargados a mujeres y hombres ancianos.

CHINA

La China antigua se extendía a través de la magna sierra de los Montes Himalaya, hasta muy al noreste de la India. Lo mismo que ésta, estaba separada del mundo Mediterráneo y le faltaba el estímulo de las ideas que suele acompañar a un comercio más libre entre los pueblos. Se supone que los chinos vinieron del Asia Central alrededor del año 3 000 a. J. C. No se ha encontrado dato alguno relativo a su Edad de Piedra, pero habían desarrollado, con todo, otra de las grandes civilizaciones que registran el progreso del hombre más allá del estado primitivo. Lo mismo exactamente que en el Cercano Oriente y en la India, se había desarrollado también entre los pueblos del Asia Oriental una mitología. Se escribieron asimismo allí libros sagrados, comparables a los antiguos papiros de Egipto y a los Vedas y los Upanishads de la India.

Confucianismo. Alrededor de 500 a. J. C., cuando las enseñanzas de Buda estaban cambiando las perspectivas del hombre en la India, *Confucio* se introdujo en la vida de China. De niño había estudiado los libros sagrados y había aprendido a respetar sus enseñanzas. Y cuando hombre volvió a ellos en busca de una inspiración que había de convertirle en uno de los más grandes reformadores y maestros que el mundo haya conocido.

Nacido en un periodo de agitación y malestar políticos provocados por la corrupción entre el grupo gobernante, Confucio buscó medios de aliviar la opresión de su país remontándose, para la base de un ideal de gobierno, a antiguas costumbres. Esperaba resolver los problemas del gobierno pidiendo un trato correcto y humano por parte del gobernante, a cambio del respeto y la veneración de su pueblo. El imperio había de ser una gran familia ideal, en la que el emperador ocupaba el lugar del padre y la madre a la vez y regía los destinos de los sujetos, ligados unos a otros por vínculos de amor fraterno.

Las normas patriarcales, que China había desarrollado en común con otros pueblos, le simpatizaban a Confucio cual un factor fundamental para la consecución de una buena vida para todos. Los libros sagrados contenían el registro de tal sistema, vigente todavía, aunque muy debilitado. Los revisó. La familia se convirtió en la unidad de la sociedad, y el padre asumió la responsabilidad de su bienestar. Dueño de toda la propiedad e investido de autoridad suprema, se suponía que había de gobernar con sabiduría y bondad. Sobre la base de tales unidades familiares —sujetas todas ellas al mando del emperador, igualmente sabio y bondadoso—, Confucio, el reformador, esperaba construir un imperio pacífico y próspero.

El culto de los antepasados. El culto de los antepasados ha constituido una fase de la evolución religiosa entre todos los pueblos, pero en China la ascendencia podía observarse a través de los padres de familia únicamente. No se reconocía culto alguno a los ascendientes femeninos, pues en los honores de la descendencia se ignoraba la parte correspondiente a la madre. Gracias a los esfuerzos de Confucio, el culto de los antepasados adquirió en China una gran fuerza, fuerza que había de resistir el paso del tiempo mucho más que en otra parte alguna.

La filosofía que nos ha sido transmitida por los discípulos de Confucio consta de preceptos y reglas de etiqueta. Se insistía mucho en el valor de los conocimientos para la solución de los problemas de la vida. La veracidad y la sinceridad figuraban entre las virtudes principales. Confucio instaba a los individuos a pensar bien y a tratarse los unos a los otros cual hermanos, no haciendo nada a otros que no quisieran que se les hiciera a ellos. Las fórmulas de Confucio hallaban su mayor eco en los hombres de su propia clase aristocrática y más ilustrada.

En conjunto, y sobre todo gracias a su glorificación del pasado, la influencia de la doctrina de Confucio sobre el desarrollo de China fue duradera. No estimulaba la ambición de cosas mejores; no obstante, fueron los chinos los que inventaron la brújula de los marineros y la manera de hacer la pólvora. Se sirvieron de monedas de bronce ya en 1100 a. J. C. Los misioneros europeos de una era posterior se sorprendieron al ver que los chinos no sólo habían reunido grandes bibliotecas, sino que estaban en condiciones de demostrar, además de la fabricación del papel, el arte de imprimirlo por medio de bloques de madera. Y es a partir de esto que se ha desarrollado el arte indispensable de la imprenta moderna.

Alrededor de 200 a. J. C., o sea aproximadamente después de tres siglos de confucianismo, llegó a China, procediendo de la India, otro ideal. En efecto, el budismo se convirtió en la religión de las masas populares. Con su advenimiento surgieron monasterios a cargo de monjes o monjas, y la influencia budista sigue siendo fuerte en China actualmente.

Posición de la mujer. Si bien se han encontrado datos que parecen indicar un estatuto diferente para las mujeres en China ya en 2 000 a. J. C., la condición de aquéllas fue inferior con todo, según se desprende en última instancia de las costumbres y en forma decisiva del confucianismo, a la del hombre. De la mujer se esperaba que fuera una esposa fecunda y sumisa. Sin duda, la educación de las hijas estaba en sus manos, pero el matrimonio las transfería automáticamente a una posición de carácter subordinado en las familias de los maridos.

La medicina en la China primitiva. Los conocimientos médicos de la China se remontan muy atrás en su pasado. Antes de 2 000 a. J. C. estaba ya permitida la disección. Se hicieron estudios de la circulación y se prestó mucha atención al comportamiento del pulso. Se emplearon métodos sistemáticos de diagnóstico físico, y se instituyeron cuatro palabras cual guía final para el médico, a saber: "Mira, escucha, pregunta, siente." En común con otros pueblos, los chinos tenían su sistema de masaje, y se dice que confiaban de preferencia esta forma de tratamiento a operadores ciegos. Se empleaba el baño para la reducción de la fiebre, y se recurría a la sangría como medio de ayudar a un espíritu maligno a escapar de la cárcel del cuerpo.

LAS AMERICAS

Los imperios del Cercano Oriente, el Lejano Oriente y el mundo Mediterráneo habían surgido y desaparecido antes de que sus constructores se dieran cuenta de que muy al Oeste, más allá de lo que parecía una extensión infinita de agua, se encontraban riquezas mucho mayores que aquellas que habían pasado siglos arrancándose mutuamente. Aquí, en efecto, se estaba desarrollando una civilización que había de opacar cualquier civilización habida hasta ahí. Los primeros habitan-

FIG. 11. Cráneo prehistórico con orificios de trepanación practicados en vida. "Los bordes redondeados de los orificios muestran que el hueso creció después de efectuada la herida. Esto nos permite saber que los orificios fueron hechos en vida del sujeto. Excavado en Perú." (Clendening, Logan: *Behind the Doctor Alfred A. Knopf*, Nueva York.)

tes del continente desconocido que había de convertirse en América se supone que procedían del Asia Central y que cruzaron el estrecho de Bering, relativamente angosto y sembrado de islas, penetrando en el Estado que hoy conocemos como Alaska.

Estos indios, según Colón llamó a sus descendientes, se esparcieron por el país, sobre todo hacia el Este y el Sur. Los cursos de agua eran sus guías naturales, y se han encontrado trazas de una ocupación india muy temprana inclusive en la costa del Atlántico. Finalmente, los habitantes abandonaron la caza y, andando el tiempo, pasaron a la agricultura y adoptaron un modo de vida más sedentario. Los científicos difieren en cuanto a la fecha de habitación de esta área. Algunos la sitúan diez mil o inclusive veinte mil años atrás, y algunos se atreven a sostener que el hombre alcanzó la civilización en las Américas aun antes de lo que fue el caso en Egipto. En todo caso, se supone que los indios americanos, según actualmente los llamamos, progresaron culturalmente en forma muy parecida a la del hombre en los demás lugares, aunque lentamente a partir de la Edad de Piedra, y bajo la influencia de condiciones climáticas diversas.

Entre estos grupos de precursores de otro continente, algunos alcanzaron un alto grado de civilización. Algunos vivían todavía en la Edad de Piedra en 1492 d. J. C. Los *Toltecas,* los *Aztecas,* los *Mayas* y los *Incas,* que ocupaban la tierra que se extiende desde México a Perú, no sólo adquirieron riquezas, sino que dejaron tras sí monumentos del arte humano en la construcción de templos y palacios que desafían a los egipcios. Los incas construyeron asimismo grandes carreteras, y de ellos se dice que fueron más dotados que los otros. Conocían la escritura, y algunos de los templos más bellos producidos por la América temprana tuvieron origen entre 1 000 a. J. C. y 1 d. J. C.

Según vimos que suele ser corriente entre los pueblos primitivos, las funciones de religión, medicina, enfermería y farmacia se combinaban en un mismo individuo, que ocupaba en la sociedad una posición aparte de los demás. Los brujos, y más adelante los sacerdotes, trataron de dominar las enfermedades humanas del cuerpo y de la mente. Poco es lo que de ello nos ha llegado, excepto en materia de folklore, porque se supone que sus libros sagrados fueron destruidos por los invasores españoles. Gracias al estímulo del interés moderno en el estudio arqueológico de estos pueblos, es probable que podamos apreciar su legado de modo más apropiado. Les debemos ya el origen de diversas actividades de interés comercial. Así, por ejemplo, sus cestas siguen desafiando nuestra paciencia y nuestra habilidad. Aprendieron a servirse de la ceniza de madera cual polvo limpiador, a curtir las pieles con corteza de roble y a producir un pegamento a partir del pescado. Eran el segundo pueblo que se encontraba en el círculo creciente de conocimientos alrededor del globo.

Entre los indios en la fase de tribu, la posición de la mujer india era, en algunos aspectos, excepcionalmente buena. En efecto, si bien sujeta a ciertas restricciones que la práctica tribal había establecido como privilegio del hombre, la mujer india tenía la autoridad completa sobre el hogar. Los niños estaban a su cargo hasta que se los admitía como miembros activos de la tribu y, cuando menos en un grupo, una mujer tomaba parte como consejera en todos los asuntos que afectaban el bienestar de la tribu.

Sugestiones para estudio

1) Expónganse las ventajas para el hombre primitivo de atribuir importancia a las relaciones familiares y de desarrollar costumbres que controlaran los modos habituales de acción.
2) ¿Qué es el animismo?
3) *a)* ¿Cómo se explicaba el hombre primitivo los beneficios y las catástrofes de la vida cotidiana? *b)* ¿Cómo afectaba esto su actitud frente a la enfermedad?
4) ¿Cuáles fueron algunos de los primeros métodos empleados para eludir los estragos de la enfermedad, y de qué fuente se supone que algunos de aquéllos fueron aprendidos?
5) *a)* Establézcase la diferencia entre un brujo y un sacerdote-médico; *b)* entre las magias blancas y negra.
6) ¿En cuál región se supone que tuvo su origen el hombre y en qué direcciones generales emigró?
7) ¿Cómo recibió el Mar Mediterráneo su nombre?
8) Expóngase de qué modo la atención de los enfermos llegó a confiarse a las mujeres.
9) ¿De cuáles fuentes se obtienen los conocimientos del periodo prehistórico?
10) Explíquese por qué este primer periodo se conoce como la Edad Antigua de Piedra, o la Edad de los Cazadores.

EGIPTO

1) ¿Cómo aparece el periodo de desarrollo de Egipto comparado con el de otras civilizaciones antiguas?
2) ¿Cuáles invenciones, atribuidas a los egipcios, produjeron el paso gradual del Paleolítico, o Edad de los Cazadores, al Neolítico (de la piedra nueva o pulida), o Edad de los Agricultores?
3) Indíquense los nombres y atributos de la tríada de dioses que en último término se creían regir la prosperidad de Egipto.
4) Dígase algo acerca de los sacerdotes-médicos del antgiuo Egipto, y de aquél al que se considera como el mayor entre ellos.
5) *a)* ¿Cuál era el significado de los templos primitivos? *b)* ¿Cuáles eran las tareas de las mujeres en los templos?
6) ¿En cuáles libros reunieron los sacerdotes egipcios sus preceptos religiosos y en cuál de ellos está el mundo médico especialmente interesado?
7) Señálense dos circunstancias que obstaculizaron el progreso de la medicina entre los egipcios.
8) ¿A cuáles prácticas conducía la creencia de los egipcios en la inmortalidad, y de cuáles de ellas tenemos todavía en nuestros tiempos testimonio?

9) Dígase lo que se sepa de la antigua ciudad de Alejandría y de cómo se extinguió su influencia.
10) ¿Qué es lo que produjo el fin del dominio romano, y cuándo tuvo esto lugar?
11) ¿Cuál es la importancia del gran dique nuevo de Asuán desde el punto de vista histórico?

LA FERTIL "MEDIA LUNA"

1) Indíquese la posición geográfica de Babilonia, Asiria y Palestina, nombrando sus ríos principales.
2) Justifíquese la afirmación de que Hammurabi ejerció una gran influencia social.
3) ¿Cuál es la mayor gesta de Hammurabi por la que se le conoce?
4) Señálense diversos inconvenientes de la práctica de la medicina y la cirugía en Babilonia.
5) ¿Cuál era la posición general de la mujer babilonia?
6) Dígase lo que se sepa de los asirios.
7) ¿Cuál fue la principal contribución de los hebreos a la mejora del mundo?
8) Expóngase de qué modo las enseñanzas de los hebreos superaban con mucho las de otros pueblos vecinos.
9) *a)* ¿Por qué se atribuyen a los hebreos grandes adelantos en la práctica de higiene y salubridad? *b)* ¿Por qué se conoce a Moisés como un "gran higienista" y también como "el legislador"?
10) ¿Cuáles leyes dio Moisés al pueblo hebreo y en cuál libro de la Biblia están consignadas?
11) Muéstrese que las virtudes subrayadas por la religión hebrea habían de conducir a proveer a la atención hospitalaria de los enfermos.
12) ¿Cómo se veía afectada la mujer hebrea por las prácticas de este periodo temprano?

PERSIA (Irán)

1) Indíquese la situación geográfica de la antigua Persia y el nombre con que se la conoce actualmente.
2) ¿Cuál era el libro sagrado de los Persas, y quién fue su principal autor?
3) ¿Cómo explicaba el Zendavesta los problemas del universo?
4) ¿Cuáles elementos eran sagrados, según las enseñanzas persas, y cuáles eran entre éstos las virtudes principales?
5) ¿De cuáles dos pueblos antiguos se considera que hicieron la mayor contribución a las normas morales?
6) ¿Cuáles circunstancias impidieron a estos dos pueblos seguir ejerciendo una alta influencia moral?

INDIA

1) Nómbrense dos grandes ríos de la India, señálese su importancia histórica e indíquense en cuáles mares desembocan.
2) ¿Cuál es el origen del sistema de castas en la India?
3) ¿Por qué se designa en ocasiones al hinduismo como la "madre de todas las religiones"?
4) Dígase lo que se sepa de los Vedas y los Upanishads de la India y de sus autores.
5) ¿En cuál Veda se interesan la medicina y la enfermería más, y por qué?
6) *a)* ¿En qué aspecto importante difirió la religión predicada por un gran hombre de la India con el hinduismo? *b)* ¿Cuáles eran las enseñanzas de las dos religiones en relación con la "Rueda del Karma"?
7) *a)* ¿Por qué se considera que el budismo tiene características en común con el cristianismo? *b)* ¿Qué representan las estatuas de Buda?
8) ¿En qué forma ejerció el Buen Rey Asoka una favorable influencia social?
9) ¿Cuál formalidad, comparable a la licencia, se requería del médico antes de que se le permitiera ejercer?
10) ¿Cuáles prácticas se requieren de los doctores y las comadronas para protección de sus pacientes?
11) ¿Cuáles circunstancias afectaban la posición de la mujer en la India durante este periodo temprano?

CHINA

1) Indíquense algunas circunstancias que tendían a retardar el desarrollo de la China antigua.
2) Señálense causas de descontento entre el pueblo de China, e indíquese cómo Confucio trató de remediarlas.
3) Nómbrense diversos inventos de la China antigua.
4) ¿Cuál nuevo tipo de influencia religiosa se introdujo en China alrededor del año 200 a. J. C., y cuál es la situación actual en ella?
5) Dígase lo que se sepa acerca de la posición de la mujer durante aquel periodo temprano.
6) ¿Cómo era la práctica de la medicina en China en comparación con la de otros pueblos de la época?
7) Establézcase una lista de los grandes hombres que vivieron alrededor de 500 a. J. C., indicando las contribuciones de cada uno de ellos.

LAS AMERICAS

1) *a)* ¿De cuál región se supone que provenían los primeros pobladores de las Américas del Norte y del Sur? *b)* ¿Cuál fue la causa probable de su migración? *c)* ¿Cuál itinerario se supone que seguirían?
2) *a)* ¿Cuáles tribus indias alcanzaron el mayor grado de desarrollo cultural? *b)* ¿Dónde estaban situadas? *c)* Nómbrense algunas de sus grandes realizaciones.
3) ¿Cuáles pruebas tenemos de que la posición de las mujeres era excepcionalmente buena en algunas tribus?
4) ¿Cuál grupo de mujeres de las diversas regiones estudiadas reveló un notable espíritu de independencia?
5) ¿Qué se sabe de la enfermería de este periodo temprano?
6) *a)* ¿Cuáles eran las condiciones generales del mundo conocido a principios de la era cristiana? *b)* Indíquense razones del hecho de que el hombre o la mujer comunes no podían vivir contentos.

Bibliografía

Austín, Anne L.: History of Nursing Source Book. New York, G. P. Putnam's Sons, 1957. Capítulo I.

Breasted, J. H.: The Conquest of Civilization. Nueva York, Literary Guild of America, 1938.

Brown, Lewis: The World's Great Scriptures. Nueva York, The Macmillan Co., 1946.

Ceram, C. W.: Gods, Graves and Scholars. The Story of Archeology. Nueva York, Alfred A. Knopf, 1956.

Durant, Will: Our Oriental Heritage. Nueva York, Simon y Schuster, 1935.

Old Testament of the Bible:

Exodus 20:3-17 inc., The Ten Commandments.

Book of Ruth (love story of Ruth).

I Kings, Cap. 18, 19, 20 (Jezebel).

II Kings, Cap. 9 (Jezebel).

II Kings, Cap. 22, 14-20 (Huldah).

Judges, Cap. 4 y 5 (Deborah).

Judges, Cap. 16 (Delilah).

Esther, Cap. I (Vashti).

Genesis, Cap. 24 (Rebekah).

UNIVERSIDAD DE CHILE ÁREA DE LA SALUD
BIBLIOTECA CENTRAL
VALPARAISO

Capítulo 3

EL MUNDO MEDITERRANEO

GRECIA

Avanzando en el Mediterráneo desde el Sureste de Europa hay una península que conocemos con el nombre de Grecia, pero el minúsculo reino del siglo xx no es más que un resto de la Grecia antigua. En relación con su historia, la mezcla de pueblos que más adelante habían de conocerse como griegos se basaban en los escritos de *Homero,* quien consignó las hazañas de los héroes antiguos en sus poemas, la "Ilíada" y la "Odisea". Escritos alrededor de 1 100 a. J. C., éstos llegaron a ser los libros sagrados de Grecia, y se supone que representaron los comienzos de una revolución moral. A través de la mitología, los griegos se consideraban descendientes de *Chiron,* el más fuerte de una raza de Centauros, o sea de seres cuyos cuerpos eran mitad hombre y mitad caballo.

Apolo, dios del sol, era asimismo dios de la salud, y de la medicina, en cuanto auxiliar de la salud. El hijo de Apolo, *Asclepio* (Esculapio) era conocido como "El Médico sin Tacha". Sus imágenes le mostraban con el bastón del viandante, enroscado por las serpientes de la sabiduría, emblemas que se emplean todavía en la profesión médica en el caduceo. La esposa de Asclepio compartía la labor de éste, y se la adoraba como "La Aliviadora". Uno de sus hijos era el poseedor de manos que constituían un activo en la práctica de la cirugía. Otro dedicaba su atención a la medicina interna, y de sus hijas, *Hygeia* servía como diosa de la salud, en tanto que *Panacea* presidía a la administración de la medicina y era conocida como la curadora de todos los males.

La belleza de su región causó en el sensible pueblo griego una profunda impresión. Gozaban de la oportunidad que se les brindaba de la vida fuera de casa. Frente a las exigencias de la guerra, la pobreza y la enfermedad mostraron un carácter práctico. La hospitalidad era por ello una virtud y un deber religioso, cuyas exigencias satisfacían proporcionando una caridad y una atención organizadas a los pobres y enfermos. Sin duda, negaban esta atención a los casos incurables y a las mujeres embarazadas, pero hay que recordar que no eran solos en considerar tanto la muerte como el nacimiento como fuentes de corrupción. El principal interés de los griegos no estaba en la enfermedad y la miseria, en las que no hay ni belleza ni perfección, sino que buscaban y perseguían los estados positivos de salud y felicidad.

Atención institucional de los enfermos. La atención de los enfermos la aseguraba el *xenodochion,* semejante en función al *xenodochium* de los hebreos. Después que el Cristianismo hubo despertado en el hombre la compasión por la miseria humana y su deber de hacer algo al respecto, dicho tipo de institución fue copiado doquier que se predicara la religión de la fraternidad humana. Se convirtió en el hospicio de los primeros tiempos de la Iglesia. Inicialmente, el xenodochion se había construido con el objeto de proporcionar alojamiento y descanso a los extranjeros, cuyo número crecía con el

desarrollo del viajar y el comercio. Entre estos viandantes, la enfermedad era inevitable, y es muy probable que no hubieron de tardar en introducirse las atenciones médicas y de enfermería. La función del xenodochion, a cargo de la administración municipal, puede considerarse como precursora del moderno hospital municipal o de condado.

El *iatrion* fue otra empresa cívica de los griegos. La labor en él efectuada hubo de corresponder muy de cerca a la de nuestro departamento o clínica de pacientes ambulantes. En el *iatrion,* el enfermo ambulante obtenía consejo médico, se efectuaban operaciones en caso necesario y se formulaban y entregaban las recetas. En cambio, no estaba prevista en el iatrion la hospitalización de los que habían de guardar cama.

Templos. El espíritu sensible de los griegos encontró en la topografía de su país la oportunidad de seleccionar sitios elevados de belleza excepcional para sus templos. El genio artístico de arquitectos y escultores se daba rienda suelta. No se escatimaban ni dinero ni esfuerzos en llevar a feliz ejecución concepciones como la del Partenón, en Atenas, que se sigue considerando como el edificio más perfecto jamás concebido por la mente del hombre o construido por su mano. El *Templo de Epidauro,* en su bello paisaje de montaña cerca de Atenas, reviste especial interés para nosotros, a causa del papel que ha desempeñado en la historia médica.

Pero el templo era algo más que un edificio, por tosco o bello que fuera. Era, en efecto, el pulso de la vida nacional. Sus anales son historia nacional. Los gobernantes se servían de él para difundir información o proclamar las leyes. Sus sacerdotes confortaban, curaban, exhortaban o apaciguaban al público en este lugar de reunión común. En ausencia de micrófonos o radios, la naturaleza ofrecía con frecuencia ecos, o bien ondas exageradas de sonido que atravesaban cavernas, que amplificaban la voz humana. Muchas funciones, aparte de las del culto, ocupaban a los hombres en el templo o junto a él. Lo

FIG. 12. Esculapio, mármol griego del Museo Vaticano.

convertían en banco, mercado, sociedad de asistencia, centro municipal de recreo y, en ocasiones, en escuela, aunque era siempre un objeto de adoración pródiga y del mejor esfuerzo creador. Nada tiene de sorprendente, pues, que en lo alto de montañas, en los llanos o en desiertos, en ciudades e inclusive enterrados en las ruinas de civilizaciones anteriores encontremos estos monumentos que los hombres habían creado para que duraran para siempre. Eran los centros de los que irradiaban la religión, la enseñanza, la medicina y la enfermería.

Los templos de Esculapio. Los templos dedicados al culto de Esculapio (así es como los romanos llamaron a Asklepios) eran los centros principales de la labor médica en Grecia. *Son los que mejor ilustran el desarrollo de la asociación constante entre la religión, la medicina y la enfermería que existía en los primeros tiempos.* Representan

asimismo un esfuerzo nacional para lograr la salud física y moral entre el pueblo. El profundo respeto que sentían los griegos por la perfección física retardó el progreso de la medicina al prohibir que se desfigurara el cuerpo mediante la disección. Pero al propio tiempo promovió el desarrollo de un grupo de sacerdotes que adquirieron pericia en la atención de los enfermos que venían, juntamente con los sanos, para unirse en las plegarias a Esculapio. Su éxito hizo que se los considerara como un grupo aparte conocido como los *Esculapios*. Compartían sus conocimientos con estudiantes sobresalientes y, para el siglo VIII a. J. C., habían dado ya origen a una forma de escuela médica en Grecia. Para 500 a. J. C. ejercían su práctica en el xenodochion, el iatrion y en algunos templos de Esculapio que les habían sido traspasados.

EPIDAURO, UN TEMPLO DE ESCULAPIO. Algunos de los templos de los Esculapios adoptaron el carácter de centros de salubridad, en los que el núcleo de la actividad era el ideal griego de un equilibrio entre la salud de la mente, del cuerpo y del alma. El más célebre de ellos fue el de Epidauro, a algunos kilómetros de Atenas. En un lugar ameno, entre arboledas, Epidauro comprendía lugares de culto, hoteles, bibliotecas, gimnasios, un estadio con una capacidad para doce mil espectadores, un teatro y un hospital. En el teatro podían sentarse dieciséis mil espectadores, y era uno de los teatros al aire libre más bellos de Grecia. Lo mismo que los demás edificios de Epidauro era de mármol blanco.

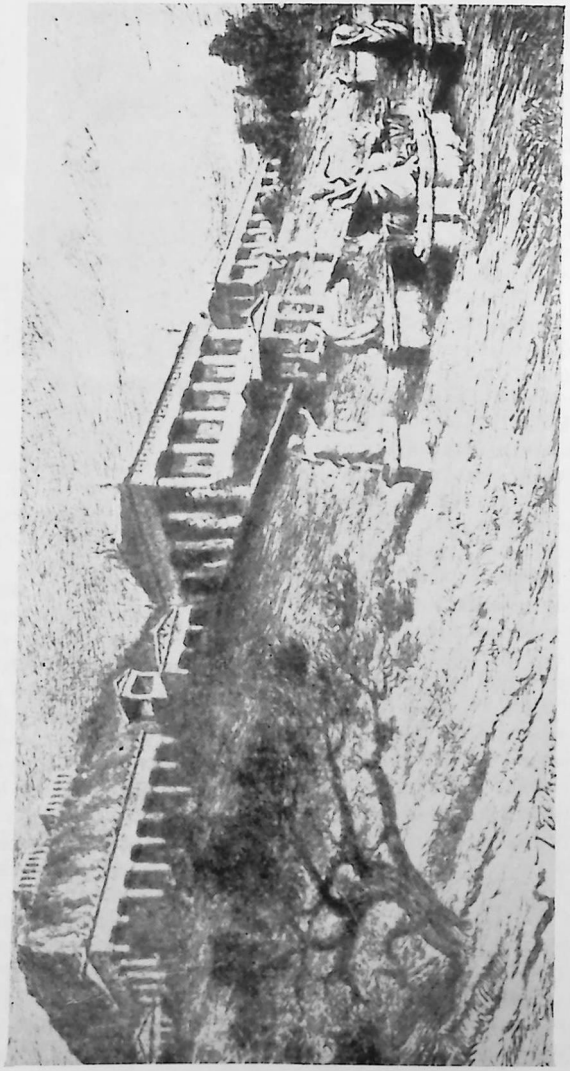


FIG. 13. Templo de Esculapio en Atenas. (Dana, Charles L.: *The Peaks of Medical History*, Paul B. Hoeber, Inc., Nueva York.)

En el hospital, la muchedumbre se agolpaba como resultado de los relatos de curas milagrosas realizadas por los sacerdotes-médicos que interpretaban el tratamiento prescrito por Esculapio. Se nos dice que, en el momento de la admisión, el paciente era objeto de los mismos esfuerzos enderezados a producir confianza que caracterizan la recepción en nuestros hospitales actuales. Hasta los tiempos de Hipócrates no solía procederse a un examen físico, sino que los sacerdotes se esforzaban por inspirar confianza con base en la pericia sobrenatural de Esculapio. Se bañaba al paciente y se lo vestía con ropa limpia. Limpio, calmado y muy cansado por un viaje hecho las más de las veces a pie, así como por la excitación de verse admitido en el refugio anhelado, el paciente era asignado a una cama en un edificio o un pórtico dispuestos para los enfermos. Se celebraba el culto vespertino y, después de esto, el paciente se dormía. Durante la noche se le hacía llegar un mensaje que se pretendía serle enviado por Esculapio. Se ha sugerido que los sacerdotes-médicos efectuaban rondas cuando todo estaba tranquilo y hablaban a los pacientes que estaban adormecidos por efecto del sueño o de medicamentos. No se tiene de esto confirmación alguna. Los tratamientos descritos por el oráculo del sueño adoptaban la forma de baños calientes, masaje, unturas, purgas y sangrías, con reglamentación de la dieta y otras medidas higiénicas. Podía invocarse asimismo el auxilio de la serpiente mágica. En efecto, serpientes de especies no venenosas se movían libremente entre los pacientes y, lamiendo las heridas, proporcionaban un tratamiento de limpieza que en ocasiones resultaba eficaz.

El procedimiento corriente de la atención era en gran parte higiénico y sacaba provecho por completo del sol y del aire puro de los medios rurales. Se adoptaban extensas medidas para la enseñanza, el ejercicio, los baños y las diversiones. El culto de Esculapio, adorado tanto por su carácter como por su sabiduría en materias relacionadas con la salud, levantaba el ánimo de los pacientes y aumentaba su fe. Es posible que la aureola de magia que rodeaba toda la labor de los Esculapios fuera una concesión hecha a la época, pero contaba en todo caso con la aprobación popular.

EL "NACIMIENTO DE LA RAZON"

La civilización griega seguía progresando y se iban produciendo muchos cambios. Aumentaba la esclavitud, lo mismo que la pobreza. No obstante, el prestigio intelectual y artístico de Atenas proporcionaba inspiración al pueblo griego. A *Aristóteles*, cuyo deseo insaciable de conocimiento del sentido de la vida le condujo a disecar animales, la humanidad le debe tanto la fundación de la ciencia de biología como el estudio de la anatomía comparada. *Hipócrates* puso los fundamentos de la medicina científica. *Sócrates* y *Platón* los de la filosofía y el gobierno político. Gracias a la labor de éstos y otros individuos geniales y eruditos, Grecia estuvo en condición de difundir cultura a través de un mundo que la esperaba. La influencia griega significaba no sólo un cambio de los métodos empíricos a los científicos, sino que puso de manifiesto, para siempre más, una diferencia entre el sano y el enfermo. No cabe duda que afectó la labor tanto de la enfermera como la del médico.

Hipócrates. Hipócrates era hijo de un sacerdote-médico y uno de los Esculapios. Nació en 460 a. J. C. en la

Fig. 14. Aristóteles.

Isla de Cos. Había allí una escuela de medicina ya muy conocida, y cabe suponer que el joven se educó en las tradiciones inherentes al culto sagrado de su padre. El destino le señalaba como el hombre que había de disipar la niebla de la magia y exponer a la luz del conocimiento todas aquellas supersticiones que servían para obscurecer la cuestión entera de cómo conservar la salud en el cuerpo humano. De Hipócrates, que es quien forzó el paso de la magia a la ciencia, se dice que pasó mucho tiempo observando síntomas y que reunió conocimientos considerables acerca de los males de los que solicitaban tratamiento. Encontró grupos de síntomas que eran comunes a determinados grupos de enfermos. Y cuando tal era el caso, discurría que debía existir una causa común. La medicina actual tiene su origen en la obra de Hipócrates, quien hizo posible que la medicina científica reemplazara la empírica. Se le sigue conociendo como el "Padre de la Medicina Científica".

El nuevo punto de vista que Hipócrates proponía a los médicos hizo que fuera necesario un estudio de investigación de la historia y los síntomas de cada paciente. El tratamiento había de ser individual, dependiendo del diagnóstico formado. Si bien no se publicó escrito alguno de Hipócrates en los primeros cincuenta años después de su muerte, el curso que habían de seguir la investigación y el tratamiento médicos durante siglos fue, con todo, en su aspecto científico, la obra de este gran sabio. La profesión médica encontró en sus ideales de conducta y práctica éticas un fundamento sólido. Algunas partes del juramento que tomaba de sus discípulos siguen tomándose actualmente de los estudiantes que se gradúan en las escuelas de medicina.

Y en forma harto curiosa, la envidiable posición lograda en la historia por esa nación de sabios y eruditos se consiguió en realidad a pesar de la subyugación política y aun, de hecho, gracias a ésta. En efecto, en 338 a. J. C., Felipe de Macedonia conquistó Grecia. La educación de su hijo, Alejandro, la confió a un sabio griego, y al llegar aquel joven a suceder a su padre, sentía por la civilización griega una admiración tan sincera, que decidió conquistar el mundo para hacerlo beneficiar de la cultura de Grecia. Su éxito quedó consagrado al llegar a conocérsele como "Alejandro Magno". Las ciudades que tomó de Grecia crecieron, y las que construyó eran griegas en su carácter. La ciudad de Alejandría, en Egipto, que tomó su nombre de él, se convirtió en centro de reunión de estudiosos de todo el mundo. En Alejandría, la ciencia médica obtuvo el estímulo de la disección permitida, que no había conseguido en Grecia. Los griegos llevaron todo aquello que su tierra representaba en materia de conocimientos y arte a éste y otros centros extranjeros. Aquél fue, en verdad, un gran periodo de florecimiento cultural, e hizo del pensador a un jefe.

Sin duda, cierto descontento se debía a la inseguridad de la posición política de Grecia. Alejandro, que la había elevado tan repentinamente a

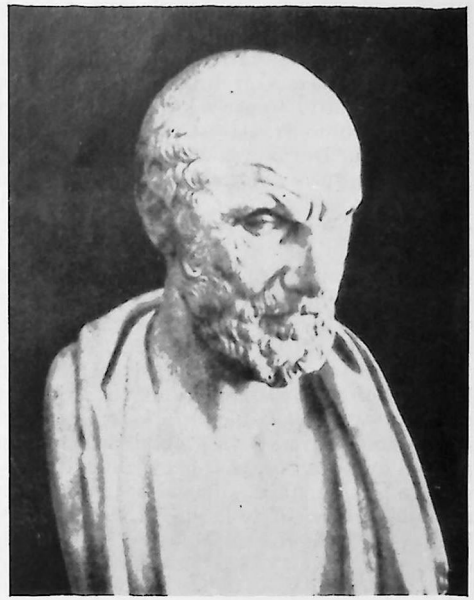


Fig. 15. Hipócrates.

una posición de fama universal, no vivió lo bastante para estabilizar el gobierno. Sin la jefatura de Alejandro, aquel imperio se descompuso rápidamente en pedazos, porque es el caso que otra potencia empezaba a surgir al Oeste. Después de una serie desconfortadora de intentos de salvar su prestigio, Grecia cayó en manos de su absorbente vecino, Roma, en 146 a. J. C.

El periodo alrededor de 500 a. J. C. señaló para Grecia algo más que una Edad de Oro. El Nacimiento de la Razón, que es el que le valió fama, estaba produciendo cambios en la India y la China lejanas. En la primera, el budismo brindaba a individuos descontentos y dolientes su esperanza de paz, y en China, Confucio dirigía su llamado a las clases intelectuales con la esperanza de constituir un tipo de vida que sistematizara e hiciera más agradables las vidas de todos. Al fallar sus enseñanzas de convencer a todos, el budismo se convirtió en el único solaz de los pobres de China. Se observaba por doquier un afán por comprender el significado de vida y muerte. El culto ciego de los viejos dioses ya no satisfacía las necesidades humanas. Intranquilidad, ambición, pobreza, crueldad y dolor parecían ocupar en la vida un lugar cada vez mayor. Nadie estaba satisfecho, y mucha gente pensaba. El mundo se preparaba para el año 1 d. J. C.

La mujer griega. Algunos han señalado que a este Despertar de la Razón a tal punto estimuló el pensamiento y la enseñanza, que correspondió un descenso en la posición social de la mujer. En efecto, ésta no estaba incluida en Grecia en los beneficios de aquel progreso. Las costumbres del tiempo mantenían a la mujer estrictamente limitada a las tareas del hogar. Al dirigir los hombres la mente hacia los intereses intelectuales, el estudio y la vida pública alteraron su actitud hacia el hogar. El trabajo se hizo cada vez más especializado, las ambiciones cambiaron y surgió el deseo de elevarse por encima de las demandas de una existencia meramente física, de gozar de la libertad de investigación y de servirse del poder mental creador del que el hombre iba cobrando conciencia.

La niña no era recibida al nacer con alegría en Grecia. Al casarse, no tenía

libertad de escoger a su esposo. Tenía un valor de dote. Cuanto más alta era su posición social, tanto menos libre era de mezclarse con otra gente. Su única alternativa frente a la protección del matrimonio era la esclavitud o la prostitución. Durante toda su vida era legalmente una menor. Ni siquiera le estaba permitido actuar de anfitriona de los huéspedes de su marido, sino que debía retirarse a una parte separada de la casa, después de haber presidido a los preparativos para el banquete de los hombres y haberse cerciorado de que todo estaba en orden. Las tareas que le correspondían en suerte la confinaban estrictamente al círculo familiar, y es probable que la enfermería constituyera una labor ardua para el ama de casa que había de cuidar de sus hombres, llamados tan a menudo al servicio de la guerra, de sus hijos y de números variables de esclavos.

ROMA

Mientras Grecia estaba progresando hacia la categoría de un hogar de arte e inteligencia de renombre universal, habitaba una larga península a su lado un pueblo agricultor al que conocemos como el pueblo Latino. Este pueblo se estaba preparando para ejercer una enorme influencia de otra clase sobre el futuro de la humanidad. La península era Italia, separada de Grecia únicamente por un mar angosto y dividida longitudinalmente en el centro por una cadena de montañas. Unos llanos poco accidentados habían sido escogidos por los latinos para su hogar.

Andando el tiempo se desarrolló allí un pueblo cuya capital estaba situada cerca de la desembocadura del Tíber. La leyenda sitúa el nacimiento de la ciudad de Roma en 753 a. J. C. y rodea el acontecimiento con la incertidumbre de una diversidad de interpretaciones mitológicas. La elección del lugar, sobre siete colinas, parece haber sido cosa de dos hermanos gemelos, Rómulo y Remo, que debían la vida a una loba que los amamantó después de haberlos hallado en la cima de una montaña, donde habían sido abandonados por una madre diosa.

Hacia el año 500 a. J. C., cuando Grecia estaba entrando en su Edad de Oro y las influencias de Buda y Confucio apuntaban sobre una India desgraciada y una minoría intelectual en China, la ciudad de Roma se había abierto paso hasta el estatuto de una *república,* con un gobernante designado por elección. En su mayor parte, sus ciudadanos seguían siendo cultivadores de la tierra, y esta ocupación se conceptuaba como honrosa. La civilización del mundo más allá no había penetrado profundamente en el Estado Latino. Inclusive el templo, rasgo tan característico de las culturas primitivas, no constituía un elemento esencial de la religión de la Roma de los primeros tiempos. Los dioses los tomó Roma de otras religiones y los templos para el culto se construyeron más adelante, siendo sus deidades, por lo demás, muy pocas y de funciones eminentemente prácticas. Para el culto se empleaban pequeñas imágenes de las mismas, que podían llevarse a casa. *Júpiter* estaba encargado de la prosperidad de la ciudad; *Juno,* era la patrona de las mujeres, *Marte* era el dios de la guerra y *Jano* era el de las aperturas o los comienzos, que guardaba el arco-portal por el que los soldados iban a la guerra. Este arco, reemplazado más adelante por el templo de Jano, permanecía abierto mientras duraba la guerra. El cerrarse el mismo anunciaba la paz.

Los contactos con Grecia proporcionaron a los ciudadanos romanos alguna idea de su célebre cultura y, para 146 a. J. C., dicho país estaba bajo su control. Los sabios griegos se convirtieron en esclavos romanos y en maestros de hombres, mujeres y niños en lo que estaba llamado a ser la Ciudad Imperial del Mundo. Médicos griegos de la escuela de Hipócrates, que eran esclavos asimismo, introdujeron sus ideas sobre la práctica de la medicina. Roma procedió no sólo a ocupar el lugar de Alejandro Magno en el mundo occidental, sino que estaba en vías de subyugar al propio tiempo una parte importante de Europa. Con el tiempo

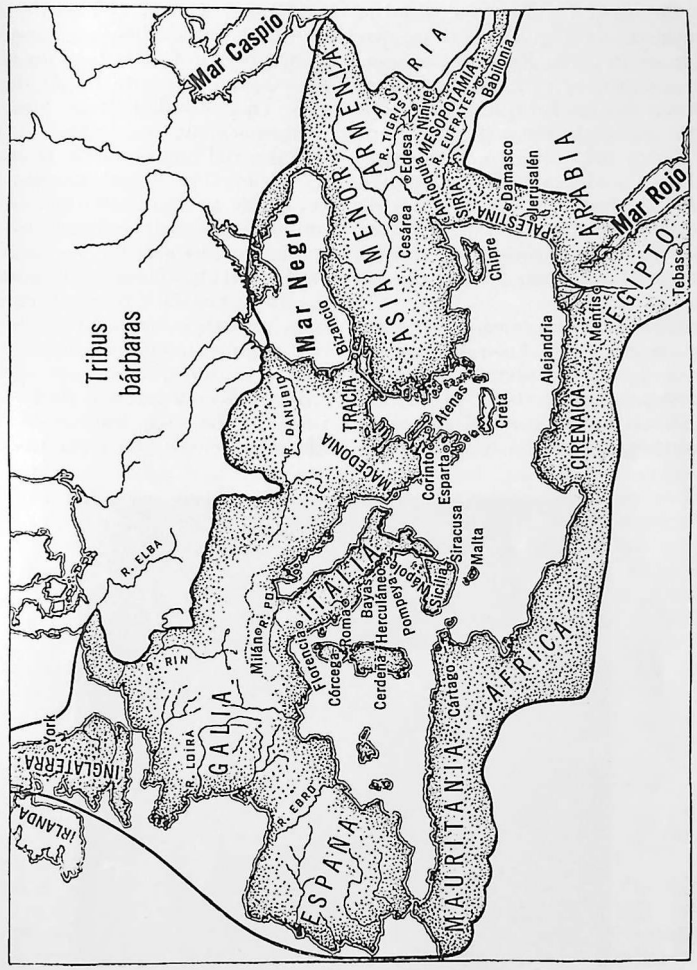


Fig 16. El Imperio Romano en su mayor extensión (bajo Trajano, 98-117 d. J. C.)

habían de romanizarse por completo Italia, España y Francia. El territorio romano había de extenderse desde el Mar Negro hasta Bretaña, rodeando el Mar Mediterráneo. Mientras tanto, las puertas de Jano raramente se cerraban. Para el tiempo en que durante el siglo I a. J. C. Julio César llegó al poder, los pueblos reconocían el triunfo del imperio romano admitiendo que "todos los caminos conducían a Roma". Los ojos del mundo miraban hacia ella.

La historia ha aceptado a *Julio César* (100-44 a. J. C.) cual un ejemplo brillante de estadista guerrero romano. Avido de conquistas, de decisión rápida en el pensamiento y la acción, constructivo en su actitud hacia los conquistados, atento siempre a su propio ascenso y a la gloria de su país, César nos ha dejado un relato de su actividad en los Comentarios a sus guerras. Este "Padre de la Patria", según los romanos llegaron a llamarle, subyugó e integró en la civilización a la

Europa Occidental y Bretaña, y subió a la posición de dictador en lo que ahora era el Imperio Romano. Su persona se declaró sagrada. Su misión se consideraba divina. Lo que no impidió que fuera asesinado por algunos de sus colaboradores más directos, que explicaron el acto cual "sacrificio" para bien de un Estado que acababa a penas de salir de su experimento en la forma de gobierno republicano y se resistía a someterse al gobierno de un solo individuo.

Julio César no tuvo ocasión de llevar a un buen fin todas las reformas sociales que había proyectado, pero se había revelado como bien preparado para la difícil tarea de ser el precursor de la monarquía romana, y su sucesión en 29 a. J. C. por el hijo de un sobrino que había de llegar a conocerse con el nombre de *César Augusto* trajo aparejada una paz que había de prolongarse en la Ciudad de las Siete Colinas por espacio de dos siglos.

Antes del amanecer de la era cristiana, Roma era excesivamente rica. Su comercio se hace enorme. Alcanzaba un alto grado de cultura. *Virgilio* escribía la historia de sus antepasados en la Eneida, *Horacio* le confirió fama en la poesía, *Livio y Cicerón* escribían su prosa, ejemplificando además este último su máximo logro en materia de oratoria. Toda vez que se llevaban a Roma esclavos de las regiones conquistadas, sus habitantes ricos se hicieron ociosos. La costumbre de llevarse para casa objetos artísticos y tesoros de los pueblos saqueados puso belleza en sus manos. La transición de la vida ruda del precursor a la vida ociosa había sido extraordinariamente rápida. Las antiguas virtudes domésticas se iban debilitando. El divorcio se convirtió en algo corriente.

FIG. 17. César Augusto (Octavio). De la "Historia Universal" de Hayes, Moon y Wayland, 1955. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York.

La medicina romana. En cuanto a progreso médico, Roma se quedó muy atrás de Grecia. Apreciaba la higiene cual elemento de la fuerza combativa, de la que no podía prescindir. Su labor higiénica en materia de salubridad fue maravillosa. Cloacas y desagües y la pavimentación de las calzadas conferían limpieza a las ciudades. Grandes acueductos llevaban agua potable a las mismas y proporcionaban a los ciudadanos de Roma oportunidades de baño. Hicieron su aparición en las casas baños con agua caliente. Se ha dicho que las prácticas en materia de salubridad pública empezaron en Roma. Pero pese a lo que pudo parecer constituir un alto grado de limpieza individual y colectiva, la ciudad era presa de frecuentes epidemias de enfermedades, muchas de las cuales eran introducidas por las conquistas. Por otra parte, las lagunas pantanosas que rodeaban la ciudad subsistían, a pesar del avenamiento, y favorecían la malaria, a la que la historia ha atribuido la caída definitiva de Roma.

En busca de auxilio, en presencia de enfermedades, los romanos acudían a sus dioses, a hierbas o a la superstición, la que podía inclusive llegar al extremo de mantener serpientes en sus casas. Si bien después de 200 a. J. C. se permitió que médicos griegos realizaran la mayor parte de la labor médica, es el caso, con todo, que la medicina hipocrática no logró progresar mucho. Entre los sabios romanos mismos no apareció gran médico alguno antes del siglo I. Los hospitales del ejército estaban bien llevados y los soldados romanos eran bien atendidos, dondequiera que se encontraran. En cambio, los dispensarios previstos para la atención del público tenían una administración deficiente. La debilidad más bien inspiraba desprecio que compasión.

La mujer romana. Dirigiendo ahora nuestra atención a las mujeres romanas, encontramos que presentan un carácter susceptible de competir con el de los hombres. Se dice, en efecto, que los romanos conquistaron todo el mundo, excepto a sus propias mujeres. De complexión más recia y de personalidad más fuerte, le faltaba a la mujer romana la sumisión recatada que caracterizaba a la mujer griega típica. Ambas eran menores de edad a los ojos de la ley, pero se trataba en esto de una semejanza que la costumbre no confirmaba. La mujer romana eludía la ley. Logró mejorar su posición y llegó a obtener el derecho de poseer propiedad en su propio nombre y de comparecer en juicio para prestar testimonio. Era una compañera activa de su esposo atareado, un ama de casa capaz e ingeniosa y una buena madre. Sacrificaba estoicamente sus hijos a la grandeza de su patria.

Al cesar las guerras, las mujeres se dedicaron a gozar con los hombres los frutos de la conquista. Aparecían en público, iban al teatro, a los deportes y los juegos. Su independencia creció a tal punto durante la ausencia frecuente de los maridos, que constituyó luego un problema someterlas en tiempos de paz. Hacían las labores que seguirían considerándose como tradicionalmente femeninas por espacio de muchos siglos todavía, pero es lo cierto, con todo, que antes del siglo primero habían adquirido una independencia de espíritu tal, en comparación con la mujer de civilizaciones anteriores, que las ponía en condiciones de introducirse en otras esferas a la primera oportunidad.

En su propio hogar, la mujer romana regía en forma indiscutible. Subordinada a su marido al exterior, en la casa el marido se le dirigía con la apelación de *domina*. Podía ir y venir como le diera la gana bajo la protección de su *stola matronalis*, adorno que llevaba sobre la túnica en la calle y que le era conferido al casarse. Recibía huéspedes y se sentaba a la mesa con ellos. Atendía a los miembros enfermos de su familia o confiaba esta labor a esclavas griegas, si las tenía. Podía jugue-

tear, si así le parecía, con la filosofía. Al llegar los tiempos de opulencia, se entregó a la "sociedad", cuyas instituciones frívolas se considera que ella creó. Sin embargo, lo mismo que en todas las edades, hubo de haber grandes números de mujeres romanas que ejecutaban las labores femeninas tradicionales y que representaban las antiguas costumbres en su "mundo en cambio constante".

Sugestiones para estudio

GRECIA

1) a) Dése una descripción de la ubicación y el clima de Grecia. b) ¿Dónde se encuentra la Isla de Creta? ¿La de Cos?
2) Indíquense el autor, los nombres y la fecha de los libros sagrados de Grecia.
3) Establézcase una lista de los dioses griegos que influyeron sobre la práctica de la medicina, indicando un rasgo característico de cada uno de ellos.
4) Descríbanse el pueblo de Grecia y sus actitudes frente a la enfermedad y frente al nacimiento y la muerte.
5) Compárense las funciones del xenodochion y el iatrion.
6) a) Explíquese como los templos de Asklepios ilustran el íntimo enlace entre la religión, la medicina y la enfermería. b) Descríbase el templo de Epidauro.
7) Justifíquese la afirmación de que la medicina científica y los principios éticos actuales tuvieron su inicio en Grecia.
8) Hágase un cuadro de los grandes hombres de todas las civilizaciones antiguas que vivieron alrededor de 500 a. J. C., durante el periodo conocido como el "Nacimiento de la Razón".
9) Expóngase el efecto de la construcción del Imperio de Alejandro sobre la difusión de la cultura griega.
10) Dígase lo que se sepa de la mujer griega antes del año 1 d. J. C.
11) Dígase lo que se piensa acerca de las implicaciones del ideal griego de "moderación en toda cosa".

ROMA

1) Compárense Grecia y Roma desde los puntos de vista de la posición geográfica, el clima y los pueblos.
2) a) ¿Cómo se presenta el momento de la fundación de Roma en comparación con el de otras civilizaciones antiguas? b) ¿Cuál es la leyenda que existe al respecto?
3) ¿Cuáles dioses se adoraban en la antigua Roma?
4) a) Enumérense algunas prácticas higiénicas de los antiguos romanos. b) ¿Justifican éstas acaso la afirmación de que la salubridad pública empezó en Roma?
5) ¿Hacia cuál fin se dirigía el desarrollo de los hospitales y la medicina en Roma?
6) ¿Cómo aparece la mujer romana al lado de la griega?
7) ¿Quién era el Emperador de Roma en tiempos del nacimiento de Jesús de Nazareth?

Bibliografía

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957, Cap. 1.

Bury, J. B.: A History of Greece. Nueva York, The Modern Library, 1902.

Carcopino, Jerome: Daily Life in Ancient Rome. Nueva Haven, Yale University Press, 1940.

Durant, Will: Life of Greece, Nueva York, Simon & Schuster, 1935.

Gibbon, Edward: The Decline and Fall of the Roman Empire. Nueva York, The Modern Library.

Toynbee, Arnold J.: Hellenism. The Hsitory of a Civilization. Nueva York, Oxford University Press, 1959.

Capítulo 4

LA ERA CRISTIANA INICIAL

1 - 500 d. J. C.

La historia de la humanidad se divide actualmente en dos periodos, uno que llega al año 1 d. J. C., y el otro a continuación de esta fecha. En forma superficial podríamos decir que se inició en dicho momento un nuevo calendario, pero hay en el fondo de unos cambios que fueron revolucionarios razones mucho más profundas que la medida del tiempo. Las mentes clarividentes de personajes como los profetas hebreos, Confucio, Buda, Zoroastro y los filósofos griegos habían visto la futilidad de la vida si ésta no podía proporcionar alguna medida de satisfacción a todos los hombres; pero es lo cierto que, pese a las profecías, las religiones y la filosofía, el ideal dominante de la humanidad siguió siendo el de la sumisión del débil por el fuerte. El Imperio Romano representaba el epítome de este ideal, y Roma dominaba ahora sobre casi todos los pueblos conocidos hasta entonces. Si bien aquélla era una república de nombre, es lo cierto, con todo, que su emperador César Augusto era un soberano absoluto cuyos actos se consideraban como autorizados por los dioses.

En muchos aspectos, las condiciones en este imperio, el mayor de todos, no hacían más que repetir las de sus predecesores. Las robustas virtudes de otros tiempos iban desapareciendo. Los impuestos eran opresivos. La religión ya no representaba más que unos deberes formales impuestos a unos practicantes desinteresados. En todas partes, las tierras habían pasado a ser propiedad de unos pocos. Un gran abismo separaba a los ricos de los pobres, y la esclavitud rebajaba el valor de la vida. La mayor parte de la gente del mundo sabía que no podía llegar a ninguna parte. Y la minoría, siempre que era posible, daba ejemplos de dispendiosa extravagancia, de dureza de corazón y de ociosidad. En Roma, los esclavos realizaban ahora tantas clases de trabajo, que el trabajo llegó a aparecérseles a los ciudadanos romanos como la ocupación de una clase esclava, y escogían la ociosidad con preferencia a aquél. Si bien había mayores riquezas en el mundo de lo que nunca fuera antes el caso, no se sentía, con todo, la necesidad de una distribución suficientemente equitativa para el sostenimiento de la dignidad humana.

Las preguntas de los idealistas que por espacio de siglos habían estado buscando la vida buena fueron contestadas por un Niño del Destino que nació en aquella época en Belén, una aldea de Palestina. La vida estaba preparando a este *Redentor de la Humanidad* a experimentar la fatiga. Se hizo adulto entre gente acostumbrada tanto a la pobreza como al trabajo duro. Su tierra nativa era una encrucijada del comercio que proporcionaba oportunidad de observación de muchas clases de gente y para enterarse acerca de aquellos que habitaban en países lejanos. La mayor parte de la humanidad

parecía estar en las garras de la miseria, cuya causa le parecía a El estar en la avaricia y la injusticia. En efecto, los hombres sobreestimaban el poder y ponían demasiado afán en la adquisición de riquezas. Podía emprenderse algo para hacer a la vida más digna de ser vivida, si había manera de proponer a las masas, y a aquellos que las oprimían tal vez inconscientemente, unos ideales superiores. La vida sería mejor si podían abolirse las barreras de clase, si la crueldad se convertía en bondad y la paz y el servicio reemplazaban la guerra y la servidumbre.

El nuevo Redentor empezó a mostrar la posibilidad de un mundo regido por el amor, a abogar por la responsabilidad de cada individuo en cuanto a contribuir al bienestar general y a insistir en la fe común en un solo Dios-Padre. Despertando en esta forma en los hombres el sentido de su fraternidad cual hijos de una misma familia, trataba de eliminar las distinciones de raza, posición y creencia que levantaban muros de incomprensión entre ellos. El odio de los enemigos, tenido por mucho tiempo como una virtud, deseaba transformarlo en amor fraternal. Confiaba enviar inclusive a los rincones más apartados del mundo a maestros que El mismo prepararía, para conducir la humanidad entera hacia una unidad que nunca había conocido antes. Entre sus enseñanzas, las siguientes contenían semillas de revolución social:

1) "Cualquiera que cumpla la voluntad de mi Padre que está en el cielo, éste es mi hermano y hermana y madre". Mateo 12:50. (Las distinciones de raza, creencia y posición social, creadas por los hombres, carecían de fundamento.)
2) "Amarás a tu prójimo como a ti mismo", Mateo 19:19. (Los intereses egoístas habían de dejar de dominar al hombre.)
3) "Ama a tus enemigos, haz bien a los que te odian", Lucas 6:27. (El odio era una virtud cultivada cuando los hombres se pasaban la mayor parte del tiempo en guerra unos con otros.)
4) "Bienaventurados los pacificadores, porque ellos serán llamados los hijos de Dios", Mateo 5:9. (La guerra había llegado a ser la ocupación principal del hombre. Sus resultados se habían revelado como malos. La paz traería el bien.)
5) "Si quieres ser perfecto, vende todo lo que posees y da a los pobres, y tendrás un tesoro en el cielo", Mateo 19:21 (Esta enseñanza fue seguida en muchos casos por los primeros cristianos.)
6) "Todo aquello que quisieras que los hombres te hicieran a ti, hazlo tú a ellos", Mateo 7:12. (La Regla de Oro.)
7) "Todo lo que has hecho para el más insignificante de estos mis hermanos, lo has hecho para mí", Mateo 25:40. (La compasión no era en los tiempos antiguos una característica del hombre. Los hombres adoraban la fuerza. Este nuevo punto de vista favorecía a las mujeres, los niños, los pobres y los enfermos.)
8) "Del mismo modo que el Hijo del hombre no vino para ser servido, sino para servir, y a dar su vida para rescate de muchos". Mateo 20:28. (Dignidad en el trabajo, belleza en el servicio.)
9) "Porque estaba hambriento, y me disteis de comer; estaba sediento, y me disteis de beber; era un extranjero, y me acogisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; estaba enfermo y me atendisteis; estaba en la cárcel, y vinisteis a mí". Mateo 25:35, 36. (Estímulos hacia la caridad, la medicina, la enfermería y la labor entre los presos.)

La historia del Buen Samaritano fue una de las que centraron particularmente la atención en el enfermo pobre y, con ello, en la enfermería, la medicina y la caridad. Era una solicitud de simpatía, esfuerzo individual y generosidad en proporcionar abrigo y atención.

"Un individuo iba de Jerusalén a Jericó, y le aconteció dar con un grupo de ladrones que le despojaron y le batieron, y huyeron dejándole medio muerto. Y quiso el azar que un sacerdote siguiera el mismo camino, y al ver a aquél, pasó por el otro lado del camino. Y en la misma forma también un levita, y al llegar al lugar y verle, pasó por el otro lado del camino. Pero cierto samaritano, que andaba de viaje, llegó adonde aquél estaba y, al verle, fue movido a compasión y, acercándosele, le vendó las heridas, vertiendo sobre las mismas aceite y vino, y lo montó sobre su propio animal y lo condujo a un albergue, donde le atendió. Y a la mañana siguiente tomó dos chelines, los dio al hospedero y le dijo: 'Cuídale, y lo que gastes de más, yo cuando vuelva te lo pagaré' ¿Cuál de estos tres creéis que se portó como vecino con aquel que cayó entre los ladrones?".[1]

[1] San Lucas 10:30-36.

El propio Jesús trabajó primero entre los pobres, quienes adhirieron de buena gana a Uno que les procuraba un alivio que harto necesitaban. Se sintieron rescatados del aislamiento que los había rodeado, y volvieron a cobrar confianza en sí mismos. Su entusiasmo y el esfuerzo sincero por vivir conforme a los principios que El les había enseñado afectaron la vida social a su alrededor a tal punto, que hombres y mujeres acomodados y cultivados se sintieron atraídos hacia el grupo.

Por mucho tiempo, los cristianos no tenían más lugar de reunión que los hogares de algunos de ellos. Desde el principio de Su Labor, su Jefe se sirvió de la discusión de grupo al proyectar la organización eficaz de un templo viviente, para reemplazar al templo demasiado anquilosado de la época. El nuevo templo había de ser el centro de un movimiento del pueblo y para el pueblo. Había de mostrar a todo el mundo la vida buena mediante la práctica cotidiana, por adeptos individuales, de los principios que proclamaba. Su régimen había de ser el régimen democrático de participación de los miembros en todas las actividades, inclusive la predicación.

La labor de Jesús se limitó a Palestina. Con objeto de asegurar su avance proseguido, seleccionó doce jefes entre sus primeros discípulos o seguidores y los instruyó en métodos de procedimiento a seguir al organizar las iglesias y en la predicación. Se los conoció con el nombre de "apóstoles", y la libertad para dedicarse por completo a la labor y para viajar a medida que se abrían nuevos campos constituía uno de los requisitos de su reclutamiento. Andando el tiempo, el número de los apóstoles fue creciendo para hacer frente a las necesidades. Figuraban entre ellos individuos de las clases de vida más diversas: maestros, médicos, abogados y otros de distintos medios y otra formación. Estos llevaron el mensaje del cristianismo a Este y oeste, a través del mundo conocido, consignaron la historia del movimiento y confirieron claridad y permanencia a los principios fijándolos por escrito.

SAUL DE TARSO

En el grupo de los que acabaron por convertirse en apóstoles del cristianismo sobresale uno entre los grandes hombres de todas las épocas. *Pablo,* o *Saúl* como se llamaba también, era un rabino judío nacido en Tarso, población de la costa asiática del Mar Mediterráneo no lejos de la ciudad de Antioquía, en Siria, que no tardó en convertirse en un centro temprano de actividad cristiana. A Pablo le impresionó a tal punto la introducción del cristianismo en la vida de Palestina, que pidió permiso para trasladarse a Damasco, con objeto de oponerse a su difusión ulterior encarcelando a todos los que allí lo abrazaran. En el curso del camino tuvo una visión que se le apareció en una luz tan deslumbrante, que quedó cegado y sólo pudo terminar su viaje con dificultad.

La noticia de la presencia en la ciudad de un individuo que tenía fama de haber sido duro en la persecución de sus hermanos en Jerusalén no tardó en difundirse entre los cristianos de Damasco. Uno de ellos fue movido por inspiración divina a visitarle. Al conversar los dos, Pablo recobró la vista y se apresuró a convertirse al cristianismo. A partir de este momento y hasta su muerte, en aproximadamente 62 d. J. C., tuvo ocasión de servirse de sus múltiples talentos y de un rico entusiasmo que fueron de un auxilio inapreciable a una joven organización que luchaba por establecerse. Trabajó en medio de una confusión de creencias en un mundo insatisfecho, y siempre en oposición a los que se resistían al cambio. Una instrucción esmerada bajo influencia griega le había preparado para su tarea de enseñar a grupos en cambio constante. Su administración de un campo extenso reveló su capacidad y espíritu de sistema, y su predicación vigorosa le mostró calificado para recoger y transmitir al espíritu del Maestro.

San Pablo estaba especialmente bien preparado para la labor de misionario en países extranjeros. Su energía era grande, y el viajar por lo visto le gustaba. Se enfrentaba al peligro con

energía serena, despreciando su comodidad personal. Impertérrito frente al encarcelamiento o la persecución, enseñó en Palestina y Asia Menor, en las principales ciudades griegas y, finalmente, en Roma. Sus viajes le llevaron a través de las islas del Mediterráneo y los mares adyacentes y abrigaba el deseo de poder llevar su labor a España.

Se ha reconocido en San Pablo al principal exponente del cristianismo progresivo. Fue de un lado para otro entre pueblos de muchas naciones, volviendo a visitar algunas iglesias cuando era necesario y reuniendo y enviando a la iglesia principal fondos para su mantenimiento y para limosnas. Deseaba que los cristianos pusieran de lado el primer día de cada semana lo que podían ahorrar para la iglesia. Además de buscar nuevas oportunidades de predicación, de reforzar a grupos débiles y de crear otros nuevos, San Pablo era un escritor prolífico. Muchos libros del Nuevo Testamento le tienen por autor. En los Actos de los Apóstoles, libro atribuido a uno de sus colaboradores, *San Lucas,* "el médico querido", se hallan consignadas las aventuras y las pruebas de San Pablo. En las Epístolas, escritas por San Pablo a sus obispos o a iglesias confiadas a su vigilancia, proyecta la organización eclesiástica, expone ideales de vida, y advierte, exhorta o loa, según las necesidades del caso.

La actitud de San Pablo hacia la mujer. Se dice que este gran predicador ejerció una influencia indirecta en rebajar la posición social de la mujer. Si bien San Pablo la ayudó condenando el divorcio y reforzando la monogamia, hay que reconocer que veía a la mujer bajo la antigua luz de su poder de tentación sobre el hombre. Es posible, también, que temiera incidentes y malas interpretaciones si ella asumía labores al lado del hombre, siendo así que la tradición fuera de Roma la confinaba en forma tan exclusiva al hogar. Tomaba su obra con suma seriedad y deseaba que los demás adoptaran la misma actitud.

Vemos a San Pablo pidiendo que las mujeres callen en la iglesia, que lleven velos, que sus vestidos sean de una sencillez manifiesta. Pero al propio tiempo no dejó de hablar elogiosamente de *Febe,* la cual, en calidad de diaconisa en Grecia, había constituido una "poderosa ayuda para muchos, y también para mí".[2] Fue a Febe, que le precedió en Roma en un viaje de asuntos jurídicos propios, a quien confió su carta a los Romanos. Era éste un precioso mensaje que contenía la presentación de su evangelio y su intención de llevarlo a los Gentiles. Hubo de preceder a este mensaje una gran cantidad de trabajo y reflexión, pues podía encontrar oposición. La orgullosa y endurecida ciudad aceptó su derecho de enseñar allí si quería hacerlo, pero fue en Roma donde encontró el martirio. Sin embargo, antes de esto tuvo ocasión de desarrollar dos años de labor fecunda en el seno de aquel imperio que dominaba prácticamente todas aquellas naciones que él esperaba alcanzar.

La organización eclesiástica. Una organización sistemática y una guía eficaz permitieron al movimiento cristiano sobrevivir la pérdida temprana de su Fundador y la purga de sus filas por largos periodos sucesivos de persecución. Cada pequeña iglesia de Cristo surgió, en última instancia, bajo la vigilancia de un sacerdote, un presbítero o anciano. A los obispos se les confiaron grupos definidos de iglesias. Ejercía el control un consejo general que se reunía, a intervalos fijos, en diferentes lugares. El apóstol *Pedro,* que más adelante había de ser el primer obispo de Roma, realizó una labor particularmente eficaz en Jerusalén, en donde su propia influencia avasalladora se había visto reforzada por la sorprendente capacidad de sus predicadores asistentes en el empleo del lenguaje. Toda vez que el número de los convertidos subió rápidamente a cinco mil almas, la dificultad de prestar la atención necesaria a mucha gente pobre fue creciendo. Se nombró a siete individuos para asistir a los apóstoles. El nombre de "diácono" les fue dado porque significaba "servidor". Ninguna tarea era demasiado baja para los diáconos. Una de sus ocupaciones principales fue la de distribuir entre los necesitados la propiedad cedida a los apóstoles en los primeros días de la iglesia por aquellos que literalmente "lo dieron todo" para seguir a Cristo.

[2] Romanos 16:1-2.

LAS PRIMERAS ORDENES CRISTIANAS DE MUJERES

LAS DIACONISAS

Las mujeres habían sido activas en la misión democrática del cristianismo desde sus principios y era de esperar que encontrarían tareas que ellas solas podían realizar. Surgieron las *diaconisas* y se dedicaron a las necesidades de las mujeres convertidas. La iglesia requería que fueran solteras o viudas, pero una sola vez. Lo mismo que el diácono, a la diaconisa se la *ordenaba para el servicio,* y trabajaba sobre un pie de igualdad con aquél en cuanto empleada eclesiástica. La bondad para con todos expresaba el ideal tanto de los diáconos como de las diaconisas. La mayoría de los primeros cristianos eran pobres y, en respuesta a una simpatía a la que no estaban acostumbrados, confesaban muchas necesidades. A medida que el diaconato fue desarrollando su propio sistema, se proporcionó una salida para una caridad controlada y eficaz por parte de las personas ricas y acomodadas que deseaban cooperar en las actividades cristianas.

Los comienzos del esfuerzo privado concertado en vista de la caridad tienen su origen en la asistencia social y enfermería prestada por estos servidores de los primeros tiempos de la iglesia. Los diáconos y las diaconisas llevaban la iglesia a la casa en todas las formas practicables. Rezaban con algunos, daban alimentos y dinero a otros y se enfrentaban lo mejor que sabían a la enfermedad y aquellos otros males sociales que resultaban de la pobreza. Sin duda, su atención de enfermería no era más que una continuación de aquella mezcla de remedios mágicos y empíricos y de los tratamientos domésticos que las mujeres de la época empleaban en sus hogares. Por un periodo muy largo no oímos hablar de nuevo método alguno de enfermería introducido en la iglesia, y la única diferencia está en que las funciones de la visita, la atención de enfermería y la asistencia social la realizan ahora estos hombres y mujeres que han aceptado el cargo de servidores en la iglesia cristiana.

Febe, una dama griega influyente y portadora de la Epístola de San Pablo a los Romanos, figura entre las primeras mujeres que se mencionan como seleccionadas para el servicio del diaconato. A causa de esto y de su labor en la atención de los enfermos pobres en sus respectivos hogares, se le ha concebido el doble honor de conocérsela como *la primera diaconisa y la primera enfermera del mundo.* La enfermería a domicilio no tardó en convertirse en la parte mayor del trabajo de las diaconisas, quienes la tomaron a su cargo tanto en el mundo oriental como en el occidental. La iglesia cristiana había hecho posible la atención de muchas más personas de lo que nunca antes había sido el caso. Se llevó al hogar un servicio de enfermería que ya no se ha interrumpido desde entonces. Se abría además en esta forma una ocupación para las mujeres, especialmente para aquellas que siendo viudas o solteras no ocupaban lugar definido alguno en la sociedad.

VIUDAS Y VIRGENES

Se desarrollaron además otras dos organizaciones formales de mujeres, conocidas respectivamente como *Viudas* y *Vírgenes.* En las religiones de la mayoría de los países las mujeres habían ocupado un lugar en el templo. No carecía de precedente, pues, que lo ocuparan también en la organización de la iglesia cristiana. Y de hecho, su interés leal hacía que fueran bienvenidas. Proporcionaron alojamiento, alimentos y estímulo a los primeros jefes del cristianismo. Sus casas fueron los primeros lugares de reunión. Se brindaban con entusiasmo para la ejecución de cualquier clase de tarea resultando del supuesto cristiano de la labor entre los pobres.

La Orden de las Viudas se constituyó muy tempranamente. Sus miembros no habían de haber estado casados necesariamente. El nombre de "viuda" se empleaba en ocasiones cual título de respeto por razón de la edad. Si la viuda había sido casada, se requería que no fuera viuda de más de un esposo, y había de hacer votos de no volver a casarse. En el capítulo quinto de su Primera Epístola a Timoteo, San Pablo ha expuesto las calificaciones que hacían aceptables a las viudas. Los primeros requisitos son la piedad y un carácter por encima de todo reproche. Otro es el de la libertad de responsabilidades domésticas, que habrían de interferir con el servicio. El requisito relativo a la edad lo pone en sesenta años, si bien se dice que luego se rebajó a cuarenta y, más adelante, a un nivel más bajo todavía. "Aquella que se entrega al placer", dice, "está muerta mientras vive".[3] Este misionario celoso, cuya labor parece haber resultado dificultada por muchas de las fallas atribuidas tan a menudo a la juventud en la labor social o de enfermería actual, invita a su Iglesia a rechazar a viudas más jóvenes. Tienen demasiados deseos de casarse, y propenden también a la ociosidad. Aparte de esto, les gustan las comadrerías y llevar chismes de una casa a otra, ¡y charlan demasiado! San Pablo recomienda que, en su caso, se estimule el matrimonio.

Pese a las restricciones, las Viudas se aliaron con la Iglesia en números considerables. Realizaron una gran cantidad de labor del mismo carácter que las Diaconisas, pero no estaban ordenadas. Una Orden de Doncellas fue creada cuando los cristianos empezaron a interpretar la virginidad como esencial a la pureza de la vida. Las mujeres fueron consagradas al servicio en éste su tercer grupo de trabajadoras, al que se dice que los hombres pertenecieron también durante cierto tiempo. Las doncellas igualaban en rango a los clérigos, junto a los cuales se sentaban en las congregaciones en la iglesia. Ascéticos como eran, los grupos de cristianos de su tiempo las consideraron aparte y les confirieron grandes honores por la austeridad de sus vidas, esto es, por aquella corona de buenas obras que habían escogido como manera de servir a Dios. Su tarea principal parece haber sido la de ayudar en la distribución de limosnas.

Las tres Ordenes de mujeres que acabamos de examinar tenían algunas características en común. Las tres estaban dedicadas al servicio de la Iglesia. El matrimonio separaba automáticamente a las mujeres de sus respectivos grupos. Al principio, todas ellas llevaban los vestidos usuales de las mujeres de su época, si bien se supone que hubo de adoptarse una indumentaria distinta más adelante. Todas vivían en sus propios hogares. En caso de necesidad, todas tenían derecho a recibir alimentos de la Iglesia, porque en los primeros días, cuando los conversos lo abandonaban literalmente todo para seguir a Cristo, disponían de sus pertenencias entre los necesitados o las entregaban a la Iglesia para su distribución.

En condiciones que permitían el empleo de su propia iniciativa, las mujeres tenían mayores probabilidades de efectuar grandes progresos. Es probable que el ansia con que emprendían las actividades sociales y religiosas de la Iglesia revelara una necesidad. En efecto, un mundo en guerra hacía muchas viudas y, por otra parte, mantenía bajo el número de hombres casaderos. Había habido tiempos, también, en que la popularidad de la soltería había preocupado a las autoridades imperiales. La mujer dependiente había de saber necesariamente que constituía una carga poco grata, y le estaba negado el expresarse por sí misma. Finalmente, Ordenes enteras de Viudas y Vírgenes se vieron absorbidas en la vida de la comunidad y se hicieron monjas. El número de las diaconisas decreció en gran manera. Si era de temperamento religioso, la orden de monjas ofrecía a la mujer de aquella época cierto grado de independencia, y la vigilancia de una mujer contribuía a evitar la crítica de la conducta.

[3] Primera Epístola de San Pablo a Timoteo 5:6.

Según acabamos de ver, las mujeres participaron activamente y por todo el tiempo en el desarrollo de la iglesia cristiana primitiva. Las cualidades de carácter que Jesús pregonaba eran cualidades que los hombres asociaban con las madres, las esposas y las hermanas, y las mujeres descubrieron en el cristianismo oportunidades para reforzarse a sí mismas en nuevas actividades. Podemos concebir fácilmente el entusiasmo con que hubieron de aplicarse a las mismas si recordamos que, hasta dicho momento, la mayoría de las mujeres no habían conocido más que las labores domésticas. Dieron sus hijos para que fueran predicadores, cosían para los pobres, compartían incesantemente su hospitalidad con los viandantes cristianos y servían como Diaconisas, Viudas o Vírgenes, y más adelante como monjas.

PERSECUCION DE LOS CRISTIANOS

El cristianismo se desarrolló en el seno de una antigua religión pagana y, por algún tiempo, se permitió que los templos cristianos funcionaran sin molestarlos. Los romanos eran tolerantes con gente que ayudaba a atenuar el problema molesto de tener que atender a los pobres. La capital misma comprendía a residentes de muchas religiones y su atmósfera era cosmopolita. Los seguidores de la nueva religión eran aceptados con benigna indulgencia y con cierta curiosidad, pero, al fijarse la atención en su negativa de admitir la divinidad del emperador o de sacrificar con la excepción de a un solo Dios, empezó la persecución. A medida que fue pasando el tiempo, los cristianos fueron lapidados, golpeados, encarcelados, torturados y ejecutados. Finalmente, la Iglesia hubo de hacerse clandestina, pero la miseria de los cristianos no hacía más que intensificar las virtudes de piedad, bondad y caridad que pregonaban. Los hombres empezaron a observar la sincera piedad y la firmeza de carácter de muchas esposas y madres cristianas. Los escritores de la época exaltaban la necesidad de virtudes como las suyas. Los maridos seguían a las esposas a la Iglesia.

INFLUENCIA DE CONSTANTINO EL GRANDE

El espíritu indomable de los mártires cristianos atrajo la atención de muchos paganos, pero la actitud del gobierno romano no cambió, con todo, hasta principios del siglo IV, cuando se hubo hecho manifiesto para los romanos que aquellos cristianos perseverantes fomentaban, dondequiera que se encontraran, la paz y la unidad. De repente, después de la peor de muchas persecuciones, el imperio abandonó bajo *Constantino el Grande* sus esfuerzos para arrancar de raíz una fe que podía revelarse acaso como un elemento útil, y el cristianismo fue adoptado como la religión oficial del Estado romano, el año 324 d. J. C.

Constantino, que se había convertido unos pocos años antes, fue no sólo el primer emperador cristiano de Roma, sino que abandonó también la pretensión de la autoridad imperial de origen divino. En dicho momento, el cristianismo había penetrado ya en la clase superior o patricia de la sociedad en todo el Imperio Romano. La base de igualdad sobre la cual todos eran admitidos a sus privilegios y participaban en su obra constituía una manifestación de democracia cristiana, que ponía de manifiesto un nuevo orden social naciente. En éste se estaban reuniendo las semillas de la enfermería moderna. El régimen monástico estaba destinado a proporcionar abrigo para las jóvenes plantas y a nutrirlas, a medida que iban creciendo.

LAS MATRONAS ROMANAS

Por extraño que parezca, es la alegre y licenciosa ciudad de Roma ella misma la que nos ha transmitido el mayor número de nombres ilustres entre las mujeres patricias cristianas de los siglos IV y V. Esto no tiene nada de sorprendente, si recordamos cuán bien preparada estaba la mujer romana de las clases superiores, por la vida social y la tradicional libertad de acción, para servirse de su propia iniciativa. Las mujeres romanas se habían interesado por los asuntos públicos y

habían participado en ellos. Las que administraban con éxito las casas de maridos ricos eran de una capacidad ejecutiva comprobada y gozaban de prestigio social. Al adherir a la causa del cristianismo, encontraron a menudo el prejuicio de amigos y vivieron con frecuencia en familias que seguían siendo paganas. Debemos un progreso considerable en la organización de la caridad y la atención de los enfermos al hecho de que no flaquearan en su labor.

Marcela. Tres entre los grandes nombres de matronas cristianas de la Roma patricia son los de *Marcela, Fabiola* y *Paula*. Las tres eran miembros de un grupo de mujeres que se reunían en la casa de Marcela, en el Monte Aventino, que no tardó en convertirse en centro de estudios cristianos para sus amigos. Mucha inspiración les llegó por conducto de un gran amigo y maestro, *San Jerónimo,* traductor de la Biblia, de los originales hebreo y griego, al latín. Su versión se conoce como la *Vulgata,* por el hecho de que se sirvió de la forma de latín de empleo común entre la gente del pueblo. La influencia de Jerónimo en cuanto a la difusión de las enseñanzas del cristianismo y a convertirlo en una religión universal es vecina de la de San Pablo. Con Marcela y Paula, especialmente, leyó y estudió mucho de esta obra. Las dos eran capaces de prestar una ayuda inteligente, y Paula estaba dotada de dones mentales de un nivel excepcionalmente alto.

Con el tiempo, Marcela convirtió su lujosa casa en un monasterio para mujeres y, durante el resto de su vida, se dedicó a su instrucción, a obras de caridad y a la plegaria. Sus compañeras eran lo bastante instruidas, como ella misma, para convertirse en buenas estudiantes del hebreo y el griego, y los logros intelectuales de su grupo produjeron admiración. Y esta mujer, convertida así en jefe del *primer monasterio cristiano de Roma,* era considerada como una autoridad cuando surgían discusiones acerca de pasajes de las Escrituras difíciles de entender. Había ayudado también a San Jerónimo en su traducción de los profetas hebreos. Su obra terminó en 410 d. J. C., cuando fue atacada brutalmente por invasores de la ciudad, quienes, esperando encontrar en su casa un botín considerable, se vengaron de ella al verse defraudados. Se dice que se refugió en una iglesia vecina, en donde murió poco después.

Fabiola. Fabiola, joven mujer de singular belleza que inspiró a Henner, célebre artista francés, era la hija idolatrada de una gran familia romana. Había entrado con avidez en la alegre vida social del Imperio, pero la esperaba el desencanto. El matrimonio la unió a un marido indigno de quien consideró necesario divorciarse. Se casó con otro hombre que no resultó mejor que el primero y, al convertirse al cristianismo, se dio cuenta de que, de acuerdo con sus nuevas creencias, el casamiento a continuación de divorcio la hacía culpable de pecado. Después de haber reconocido públicamente su error, Fabiola renunció al mundo y se entregó con entusiasmo a la labor caritativa. Su belleza y su entusiasmo la distinguían entre sus compañeras de trabajo.

El *primer hospital cristiano en Roma* fue fundado por Fabiola en su propio palacio. Se dice que salió a buscar a los pobres y los enfermos por las calles y las encrucijadas de su ciudad natal y cuidó de ellos ella misma. Se nos cuenta además que poseía una gran fortaleza de ánimo cuando se trataba de cuidar llagas y heridas feas. Dice la fama que, hacia el final de su vida, Fabiola reunió lo que quedaba de su fortuna y se juntó con el yerno de Paula para fundar un gran hospicio para extranjeros en Ostia, puerto marítimo de Roma. Murió amada de Roma y dejando tras sí una tradición duradera de belleza, juventud y favor social, abandonados de buen grado cual sacrificio a la expresión de un amor desinteresado por los seres humanos. Desde entonces, miles de mujeres igualmente dotadas han seguido su ejemplo a través de las distintas épocas.

Paula. Paula tenía una hija, Eustoquia, que se unió a su madre en la adopción del cristianismo y en la expresión de sus ideales mediante una

labor caritativa. Estudiaron juntas con Marcela. Paula descendía de un linaje famoso y poseía una gran fortuna. Abatida por la muerte de su marido, se dispuso a dedicarse a la atención de los pobres y los enfermos. Llevando consigo a Eustoquia, emprendió el viaje a Palestina, con la intención de permanecer allí por el resto de su vida. En el curso de su peregrinación visitaron muchos lugares relacionados con la historia de la Iglesia primitiva y, finalmente, se establecieron en Belén, en donde Paula organizó un monasterio. Construyó hospitales para los enfermos y hospicios para los peregrinos. En todos éstos, el diseño y la construcción de los edificios eran de la clase más sencilla, porque una intuición práctica la había decidido a ahorrar todo el dinero posible en vista de la labor a efectuar en aquéllos.

Por espacio de veinte años Paula dirigió las instituciones que había creado y, a continuación de su muerte en 404 d. J. C., Eustoquia dirigió el monasterio quince años más. Una biografía de Paula tiene como autor a su amigo y colaborador, San Jerónimo. Este expresa su apreciación de la sabiduría y la caridad de aquélla y comenta el número de pobres que asistieron a su entierro.

DIACONIA Y XENODOQUIA

La responsabilidad de la atención de enfermería de los enfermos en casas particulares estaba tan íntimamente asociada a las actividades de la Orden de las Diaconisas, que el nombre aplicado por el pueblo a dichas instituciones fue el de "diaconía". Mientras su empleo se proseguía por espacio de siglos, otro tipo de institución se iba desarrollando en la casa del obispo de la Iglesia de quien se esperaba que hiciera de su casa un palacio de bienvenida para todos los que necesitaban ayuda. Se añadieron cuartos para los enfermos y los sin-hogar a su casa, o se levantaba un edificio separado allí cerca. Los fines del antiguo xenodoquio se habían cumplido ya, y su nombre bien conocido fue adoptado por los cristianos para una institución que no había de tardar en dar señales de permanencia.

Para el siglo III, el xenodoquio cristiano estaba en vía de convertirse en el centro de un sistema bien integrado de socorro. El hospital ocupó su lugar, en él, cual uno más de sus múltiples departamentos. Las Ordenes de las Diaconisas, las Viudas y las Vírgenes le proporcionaban personal de enfermería. Un número considerable de obispos y sacerdotes, extraídos de las filas de los médicos, se hicieron directores de las instituciones que cuidaban de los enfermos.

Andando el tiempo, el ideal democrático del cristianismo produjo una comprensión mejor de las condiciones sociales. Se fue haciendo claro que se iba a necesitar mucho más que albergue, consuelo espiritual o atención durante la enfermedad, si es que quería aliviarse a la pobreza. El trabajo había de dignificarse, y además había que encontrarlo. El ideal del amor fraternal indujo a los ricos a liberar a sus esclavos, muchos de los cuales se convirtieron así en sin-hogar y en incapaces de sostenerse a sí mismos. Epidemias de enfermedades, que se llevaban a millones, dejaban tras sí a numerosos huérfanos.

La sociedad había creado la mendicidad al aceptar la limosna como remedio a la dependencia. La Iglesia siguió esta tradición en su distribución del dinero que le iba llegando en un volumen cada vez mayor. La caridad no era todavía muy inteligente, pero la experiencia fue demostrando gradualmente que, para mucha gente, la vivienda, fondos, instrucción y un oficio habían de ser indispensables en relación con la prosperidad general. La concentración de las actividades se imponía. Y el xenodoquio se convirtió en la mejor fuente de expansión posible en cuanto al funcionamiento y la concentración de esfuerzos y recursos.

Las proporciones de muchos xenodoquios cristianos se apreciarán claramente considerando que, en 347 d. J. C., Constantinopla contaba con tres mil personas que recibían diariamente su pan de la caridad de los cristianos. Además de los alimentos, es de supo-

ner que quedarían incluidos en esta labor de alivio las limosnas, lo mismo que las atenciones médica y de enfermería. La Iglesia se propuso además aliviar la suerte de los prisioneros, función que había realizado durante todo el periodo del martirio, cuando los cristianos sufrían con tanta frecuencia esta forma de castigo. La labor en las cárceles se había convertido en una expresión del espíritu cristiano, identificada con la visita de la diaconisa.

Xenodoquio de San Basilio. La medida en que el cristianismo triunfó en esta tarea de dar protección y ayuda a todos los que eran pobres o estaban afligidos o angustiados se apreciará mejor mediante el estudio de una de sus realizaciones más tempranas. En efecto, aproximadamente a mediados del siglo IV, *San Basilio,* obispo griego de Cesarea en el Asia Menor, empezó a construir el que había de ser *el más famoso de los xenodoquios cristianos.* En su organización material, una vez terminada, la institución parecía una ciudad. Estaba construida tocando a la ciudad, y sus numerosos edificios comprendían el hospicio o posada tradicional para los viandantes, servicios clínicos para pacientes ambulantes, un hospital para los que necesitaban atención en la cama, casas para los ancianos, para los inválidos, los huérfanos, los niños y los expósitos. Había edificios en los que estaban aislados los leprosos y los que padecían enfermedades contagiosas. Había viviendas para el personal administrativo y de servicio, así como para un equipo de *ductores,* o guías, que eran enviados a buscar pacientes para llevarlos o conducirlos al hospital.

Además de los servicios de vivienda, el xenodoquio de aquella época había de proporcionar casi la totalidad de los elementos para la subsistencia del grupo que vivía en él. Todos los ocupantes capaces de realizar cualquier clase de trabajo que fuera eran puestos a contribución. No existían fábricas, entonces, que hubieran podido atender la multiplicidad de las necesidades humanas de la vida cotidiana. Los elementos para esto y todos los artículos de uso especializado habían de prepararse en el lugar. El xenodoquio de San Basilio comprendía talleres, refectorios, tiendas de zapatos y ropa, herrerías, fundiciones, lavanderías, lecherías y todos los demás servicios necesarios para atender las necesidades de una pequeña ciudad.

A través del triunfo de San Basilio, el hospital halló un lugar como institución dentro de una institución y lo ocupó por muchos siglos. En la estrechez de aquellos siglos y bajo la influencia insegura del progreso médico estancado, una protección como la que el xenodoquio ofrecía era no sólo de extraordinaria importancia para el desarrollo de los hospitales y de la caridad, sino que constituía además un factor apreciable en la lucha contra la enfermedad.

Una de las pestes más difundidas de aquellos tiempos tempranos tuvo lugar a mediados del tercer siglo e "hizo estragos sin interrupción en cada provincia, cada ciudad y casi en cada familia del Imperio Romano. Durante algún tiempo murieron en Roma unas cinco mil personas diariamente, y muchas poblaciones que se habían librado de caer en manos de los bárbaros se vieron totalmente despobladas".[4]

ESTADO DE LA MEDICINA Y LA ENFERMERIA

Acabamos de ver que un gran aumento en el número de las personas que recibieron atención de enfermería fue producto del cristianismo. Mucha de esta atención le era prestada a la gente en sus propios hogares o en las casas de algunos cristianos que deseaban ejercitar su caridad proporcionando refugio a los enfermos pobres. Al propio tiempo se produjo un aumento considerable en el número de las instituciones previstas para la hospitalización de aquellos que la necesitaban. En forma curiosa, no correspondió a esto avance alguno de la medicina, o solamente muy poco. La civilización occidental dominante, que había recibido todas las tradiciones de la medicina hipocrática, ni se asimiló mucho de ésta ella misma ni se tomó la molestia de difundirla en otros lugares. No surgió sucesor romano alguno de mayor sabiduría que el "Padre de la Medicina Científica".

[4] Gibbon, Edward: *Decline and Fall of the Roman Empire,* Nueva York, The Modern Library, vol. I, p. 244.

Todos los pueblos padecían bajo los efectos del agotamiento resultante de las muchas guerras, y Roma, en particular, se veía retada a hacer frente a enfermedades contagiosas introducidas en ella por los esclavos extranjeros y por los soldados y los mercaderes. Los mosquitos de los pantanos del Tíber infectaban a los romanos con paludismo, que chupaba la vitalidad de los habitantes de la capital. Una moral indiferente, ocio y una muchedumbre empobrecida doquier contribuían a debilitar más todavía un mundo que se estaba haciendo viejo mientras era aún joven.

Conducía indirectamente al fracaso en cuanto a la difusión y el progreso de la enseñanza hipocrática la oportunidad existente de que todo el trabajo fuera realizado por una clase de esclavos. Esto estigmatizaba el trabajo, y los médicos griegos, portadores del mensaje de Hipócrates, estaban reducidos a la posición de esclavos de sus conquistadores romanos y se veían obligados a practicar sin reconocimiento social alguno. El estado de la medicina bajó. Sin embargo, tal vez la base real del estancamiento médico en ciernes estaba en una primitiva tendencia de los romanos de confiar en una forma de magia que relacionaba todos los trastornos con auspicios y portentos. Florecía el curanderismo entre un pueblo que honraba más el éxito en la lucha que el avance intelectual. Eran al cirujano que atendía a los gladiadores heridos y al cirujano del ejército a quienes Roma ofrecía la mejor experiencia en materia de práctica.

A medida que fueron pasando los siglos, una influencia cada vez mayor contra la atención adecuada del cuerpo provino de la iglesia cristiana, que hacía una virtud de la falta de interés en las cosas materiales. El aspecto espiritual del hombre y su vida futura se fueron haciendo primordiales, con una tendencia a descuidar la atención médica. La negligencia por lo que se refiere a la higiene personal era pronunciada en la parte oriental del Imperio, en tanto que, en el Occidente, el interés de Roma en la limpieza y sus medidas para mantenerla se oponían a un descuido susceptible de producir enfermedades. Esta actitud retardó la comprensión romana de la indiferencia cristiana por el cuerpo y constituyó un obstáculo para la medicina.

Sorano de Efeso. Pese a las obstrucciones que tendían a retardar hasta el estancamiento la corriente del progreso médico, aquí y allá, en el Imperio, algún individuo, por lo regular un griego o un estudiante de la gran escuela de Alejandría, vertía en ella su contribución de nuevas ideas para estimular su curso. Uno de éstos, *Sorano de Efeso,* adquirió fama como tocólogo, pediatra y ginecólogo, y fue autor de muchos tratados médicos prácticos. Uno de ellos vino en ayuda de los niños, al exponer los resultados mentales estupefacientes de los azotes recibidos de sus maestros. Con todo, sobresalen por encima de todos los demás, por su influencia sobre el curso futuro de la medicina en los cinco primeros siglos de la era cristiana, dos nombres, a saber: los de *Celso* y *Galeno.*

Celso. Celso fue un patricio romano del primer siglo más conocido por sus escritos, que comprendían obras médicas. Su gran realización fue el salvamento y la conservación de los conocimientos de otros individuos. La claridad de sus descripciones y la utilidad de su material han sido reconocidas por los cirujanos de los tiempos modernos. Los aspectos intrincados del procedimiento en las amputaciones, la cirugía de carácter plástico, las hernias, la venesección, las cataratas y otras operaciones figuran entre el material valioso de su colección, que consta de ocho libros sobre sujetos relacionados con la medicina, o sea el grupo que tiene por título *De Re Medicina* ("El Sujeto de la Medicina"). En vida del propio Celso, la compilación en cuestión no llamó mucho la atención, pero, más adelante, los hombres aprendieron a honrar al autor, al encontrar una respuesta a una gran necesidad. Duran-

FIG. 18. Celso (aproximadamente de 25 a. J. C. a 40 d. J. C.) Una concepción actual. (Cortesía de Davis & Geck, Inc.)

te el Renacimiento de la Ciencia, en el siglo XVI, los libros de Celso figuraron entre los primeros que se imprimieron.

Galeno. Galeno vivió en el siglo II. Nacido en Pérgamo, en Asia Menor, tuvo el privilegio de una buena instrucción, que comprendía el trabajo en la famosa Universidad de Alejandría. Los conocimientos de medicina que adquirió allí y en el curso de muchos viajes los complementó con la investigación independiente mediante la disección. Toda vez que la disección del cuerpo humano había sido declarada nuevamente ilegal, Galeno se vio obligado a trabajar principalmente con animales, pero es conocido, con todo, como el "Fundador de la Fisiología Experimental". Fue también un maestro popular de la anatomía. Su obra se inspira en un espíritu científico, y restableció la medicina hipocrática, que había permanecido oculta durante mucho tiempo bajo una espuma de pedantería.

Establecido finalmente en la ciudad de Roma, se hizo cirujano de los gladiadores. En este aspecto, su experiencia en materia de cirugía de urgencia y plástica parece haber sido extensa. Sus contribuciones profesionales literarias adquirieron considerable volumen, y sus obras siguieron siendo tan populares aún durante el siglo XVI, que se las consultaba todavía como autoridad médica principal. Mediante estas interpretaciones de la medicina hipocrática y la restauración del interés en el método científico que produjeron, Hipócrates y Galeno dieron afortunadamente dirección a aquello que de pensamiento y procedimiento médicos subsistió durante la Edad Media.

El breve estudio que acabamos de practicar de la enfermería efectuada durante los cuatro primeros siglos después del nacimiento de Jesús muestran que aquélla estuvo en gran parte entre las manos de mujeres inteligentes, cultivadas, acomodadas y de noble origen. El acento que el cristianismo puso sobre la compasión confirió prominencia, entre los hombres, a los débiles y a los enfermos. Imponía más bien la conservación de todos que el desarrollo máximo de los sanos. Se condenaba el infanticidio, y a causa de la disminución de esta práctica corriente, más niños necesitaban atención y sobrevivieron más mujeres entre la población. El servicio hacia todos los necesitados ocupó el lugar de la gloria militar cual objetivo de la vida. El sacrificio de los ricos se idealizaba, y la pobreza miraba hacia ellos para su alivio.

LA CAIDA DE ROMA, EN 476 d. J. C.

Pese a las múltiples disensiones, la influencia cristiana sobre el Imperio Romano puede considerarse en conjunto como permanentemente constructiva. Otras influencias condenaban a la destrucción toda la integración política conseguida. El reino de César Augusto (de 29 a. J. C. a 14 d. J. C.) fue el comienzo de un periodo considerable durante el cual Roma tuvo más paz, prosperidad y lujo que en cualquier otro momento de su historia. Los romanos estaban cansados de la guerra y aprobaron la decisión del nuevo emperador de poner fin a la expansión imperial. Augusto confinó el poder romano dentro de los siguientes límites naturales: los ríos Danubio y Rhin al Norte, el Mar Negro, el río Eufrates y el Desierto de Arabia al Este, el Desierto del Sahara al Sur, y el Océano Atlántico al Oeste.

Como ocurre siempre durante los periodos de paz, algunos individuos se aprovecharon de la oportunidad para ampliar su cultura. La mayoría, en cambio, tendían en otra dirección. Una licencia y una tosquedad puestas de moda entre la minoría acaudalada rebajaban el nivel de la moral general, porque las clases inferiores se veían estimuladas a seguir el ejemplo de aquella. La enfermedad hacía sus incursiones en la vitalidad física. El paludismo endémico en la ciudad de Roma mantenía a sus habitantes por debajo del nivel normal y explica probablemente hasta cierto punto el aumento de sus vicios. Las pestes recurrentes aquí y en todo el Imperio reducían la población general en millones.

Sin embargo, la peor amenaza provenía de otros lados. En efecto, los elementos constitutivos del vasto Imperio no tenían interés común alguno en su administración eficaz. La protección de más de tres mil kilómetros de fronteras se reveló como harto difícil. Más allá de éstas vivían pueblos que se encontraban todavía al estado tribal: jutos, anglos, sajones, alemanes, burgundos, francos, vándalos, suabos, lombardos, visigodos y ostrogodos. Los hunos y los alanos, salvajes enemigos de todos, empujaban desde Asia hacia el Sureste de Europa. Se hacía sentir la fuerza del movimiento general hacia el Sur y hacia Oeste.

Estos pueblos del norte eran conocidos de los griegos y los romanos como "bárbaros" o "incontrolados". Adoraban la naturaleza, y las pieles de animales salvajes les proporcionaban vestido en un clima severo. Vivían en habitaciones fijas, y la principal ocupación de los hombres era la lucha y la caza. Las mujeres efectuaban los trabajos manuales y estaban sometidas al arbitrio de maridos rudos. Nadie entre estos pueblos semisalvajes sabía leer o escribir. Se servían del carro y hubieron de tener alguna noción de agricultura, porque robaban repetidamente utensilios romanos. Algunos de los primeros en llegar habían sido asimilados, al reemplazar a cultivadores romanos de la tierra que dejaban el campo por la ciudad. Muchos de ellos eran merodeadores, que saqueaban la propiedad y se llevaban a cautivos cuya suerte era la esclavitud, a menos que se los redimiera mediante un rescate. Los romanos mismos practicaban un tráfico de esclavos con estos vecinos, y algunos de ellos se casaron con mujeres bárbaras, en tanto que muchos bárbaros se hacían ciudadanos romanos. En conjunto, parece haberse producido por espacio de varios centenares de años una penetración relativamente pacífica de pueblos extraños.

Para el siglo V, tribus enteras empezaron a establecerse en tierras de Roma. Codiciaban la riqueza de los

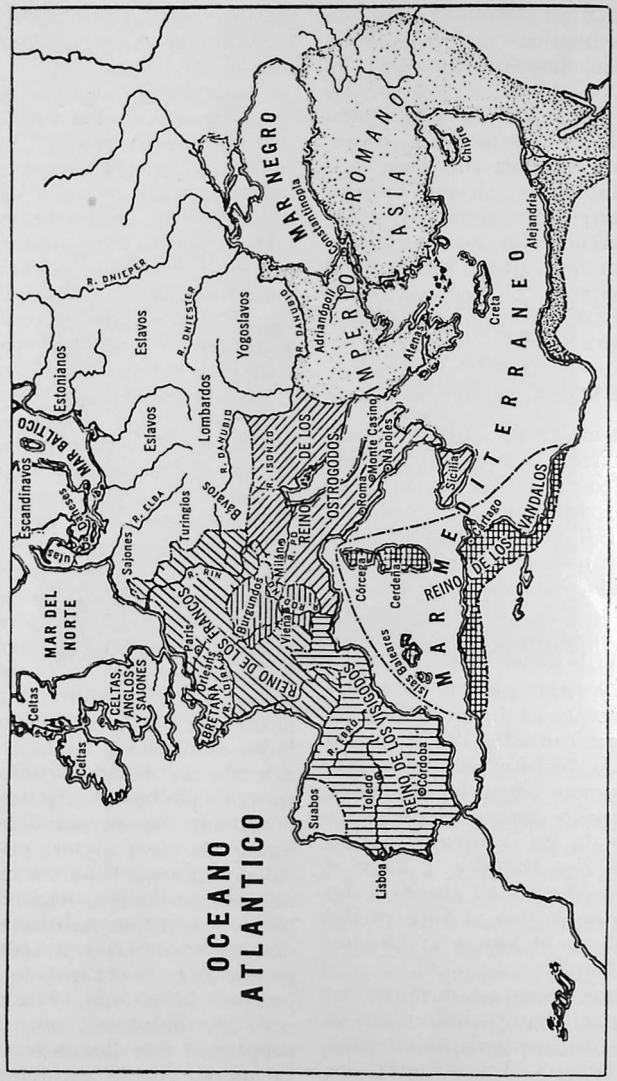


FIG. 19. Reinos bárbaros en Europa Occidental después de la caída de Roma, en 476 d. J. C.

que habían conseguido la civilización y estaban dispuestos a luchar por ella. Se veían también empujados más allá de las fronteras por enemigos que tenían detrás. Las invasiones se fueron sucediendo unas a otras a un ritmo tan rápido, que era como si se hubiera roto un dique. Los ejércitos romanos resultaban incapaces de contener aquella inundación repentina. Grecia fue pillada, la Galia devastada, y la capital de Roma fue saqueada, todo aproximadamente al mismo tiempo. En 476 d. J. C. Roma cayó y, antes de un año, unas tribus salvajes controlaban la parte occidental entera del Imperio. Algunos romanos pudieron emigrar hacia una capital oriental establecida apresuradamente en Constantinopla. Pero la mayoría hubieron de permanecer allí donde estaban y de someterse al dominio de los bárbaros.

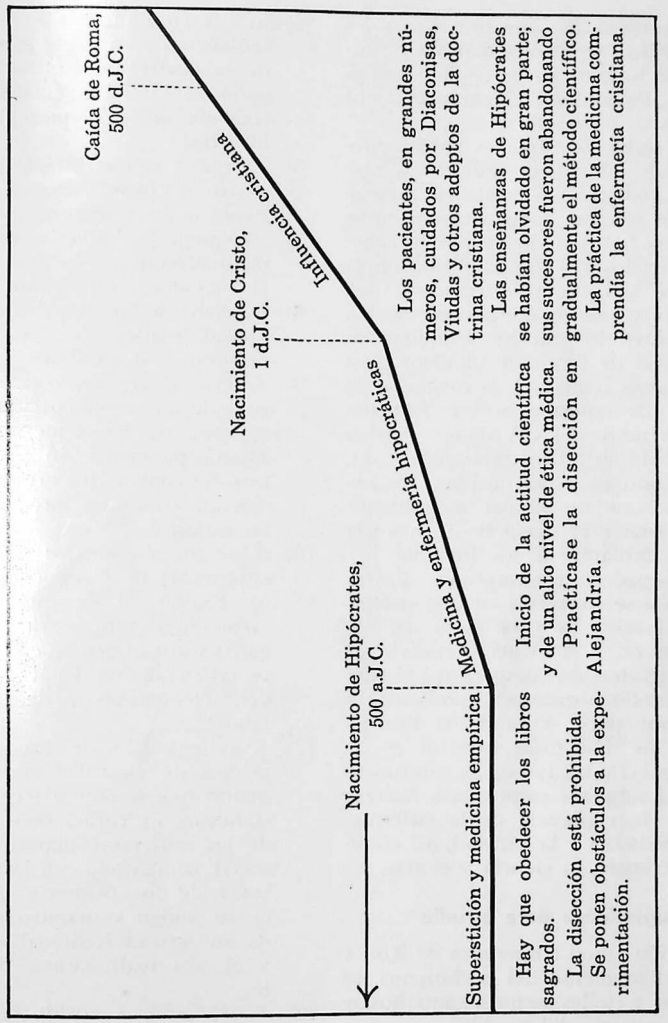


FIG. 20. La medicina y la enfermería de las civilizaciones antiguas, de 5000 a. J. C. a 500 d. J. C.

Si la labor del hombre a través de varios siglos no había de perderse, había de haber en la civilización alguna fuerza que se revelara como suficientemente poderosa para inducir a las hordas invasoras a despojarse del barbarismo. Según veremos, esta fuerza estaba en el cristianismo, y en el espíritu misionario y docente de sus predicadores estaba el medio de utilizarla. El mundo paga tributo a los hombres y mujeres que dispusieron los asuntos de los monasterios de tal modo que pudieran prestar semejante servicio a la humanidad. Habían de habérselas con gente iletrada, semisalvaje, de muchos dioses y lenguajes. Hubieron de enseñarles a leer y escribir, a desear y

aprender todas las artes prácticas y los refinamientos de pensamiento y de acción que forman parte de la vida civilizada, llevándolos además al redil cristiano.

Cinco siglos de esfuerzos habían proporcionado al cristianismo una base sobre la cual podían edificarse las instituciones eficaces a cuyo través aquellas tareas habrían de llevarse a cabo. El siglo VI los vio con la Biblia en la forma de Vulgata, traducida por San Jerónimo y sus colaboradores. Se habían construido grandes xenodoquios, susceptibles de servir de modelos para la enseñanza comercial, la caridad y la atención de enfermería. Las Ordenes de las Viudas y las Vírgenes habían sido absorbidas en los monasterios. En cuanto monjas, estas mujeres iban a participar en un nuevo movimiento que cambiaría el curso de la historia futura cambiando a los incivilizados. Había llegado un tiempo en que la institución se convertía en una protección necesaria. La vida fuera de ella era insegura, y el esfuerzo individual o la organización desparramada del trabajo en los hogares sólo podían progresar muy poco. En toda la Europa romana las diaconisas cayeron en la obscuridad en medio de la confusión general. La Iglesia empezaba a hacerse cargo de la vigilancia de la enfermería, la medicina y la caridad, así como de la literatura, la ciencia y el arte.

Sugestiones para estudio

1) ¿Quién era el emperador de Roma en el momento del nacimiento de Jesús, y cuáles factores contribuían a la miseria del pueblo?
2) a) Muéstrese que las enseñanzas de Jesús contenían las semillas de una revolución social. b) ¿Cuál cita de Mateo, cap. 7, constituye la Regla de Oro de los cristianos, y cuál de Mateo, cap. 25, muestra su actitud hacia los presos?
3) ¿Cuál sistema de organización fue adoptado por los primeros cristianos para asegurar la difusión universal de la doctrina cristiana?
4) ¿Cuál de los apóstoles de Jesús fue el primer Obispo de Roma?
5) a) ¿A cuál predicador misionero se debe en gran parte la expansión de la doctrina cristiana hasta lugares remotos? b) ¿Cuál fue su influencia sobre la posición de las mujeres?
6) ¿A quién se confió que llevara la preciosa Epístola escrita por San Pablo a los romanos?
7) ¿A quién se conoce como la primera diaconisa y la primera monja visitadora, y por qué?
8) Descríbanse los deberes y las responsabilidades de los primeros diáconos y diaconisas.
9) a) Hágase un esbozo de los requisitos de admisión en cada una de las tres órdenes femeninas de la Iglesia primitiva. b) Los miembros de cuál de los grupos se consideran como las precursoras de las monjas?
10) ¿Qué se sabe de los métodos de enfermería de la época?
11) a) Expóngase de qué modo la atención de enfermería en el hogar tuvo su origen en el movimiento cristiano. b) ¿Cuál de las Ordenes femeninas se dedicó a esta labor?
12) Examínense desde los siguientes puntos de vista las matronas romanas que se convirtieron al cristianismo: a) características típicas de las mujeres romanas; b) vida social, comparada con la de la mayoría de los primeros cristianos; c) su amigo y maestro conocido; d) su actitud frente al ascetismo, y e) sus realizaciones individuales.
13) ¿Cuál artista conocido hizo un retrato de Fabiola, una copia del cual figura en la portada de este libro?
14) Si hubiéramos sido ciudadanos del Imperio Romano durante dicho periodo, ¿cuál oportunidad de atención durante la enfermedad habría estado a nuestro alcance?
15) Expóngase de qué modo la atención de los enfermos en instituciones se fue desarrollando gradualmente entre los cristianos.
16) Si hubiéramos visitado el Xenodoquio de San Basilio en Cesarea, ¿cuáles clases de trabajos habríamos visto que se ejecutaban a nuestro alrededor.
17) ¿Qué sabemos de las pestes del siglo III, y cómo nos las explicamos?
18) a) Añádase una línea punteada a la gráfica de la pág. 63 para indicar la tendencia *general* en la práctica de la medicina del año 1 al 500 d. J. C.; b) ¿Cuáles dos individuos hicieron contribuciones de valor duradero?
20) ¿De cuál clase social eran las mujeres que se dedicaron a la enfermería en los primeros cuatro siglos de la era cristiana?
21) a) ¿Cuáles factores contribuyeron a la caída del Imperio Romano en 476 d. J. C.? b) ¿Cuál institución social estaba lista para hacerse cargo de la protección de la medicina, la enfermería, la caridad y la enseñanza durante los quinientos años de la "Edad Obscura" que habían de seguir?

Bibliografía

Asch, Sholem: The Apostle. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1943.

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957. Cap. 2.

Brown, Lewis: The World's Great Scriptures. Nueva York, The Macmillan Co., 1946.

Caldwell, Taylor: Dear and Glorious Physician. The Story of St. Luke. Nueva York, Doubleday and Co., 1959.

Dana, Charles L.: The Peaks of Medical History. Nueva York, Paul B. Hoeber, Inc., 1936.

Fitch, Florence: One God: The Ways We Worship Him. Nueva York, Lathrop, Lee, y Shepard Co., 1945. (Describes religious observances of Jews, Catholics, y Protestants. Many illustrations.)

Fosdick, Harry Emerson: The Man from Nazareth. Nueva York, Harper and Brothers, 1949.

Friedlander, Ludwig: Roman Life and Manners. Nueva York, E. P. Dutton & Co. and London, George Routledge & Sons.

Gibbon, Edward: The Decline and Fall of the Roman Empire. (Giant edition.) Nueva York, The Modern Library, Vol. I (180-476 A. D.).

Goodspeed, Edgar J.: Paul. Phidalephia and Toronto, The John C. Winston Co., 1947.

Heaps, Isabel W.: Five Marys. Nueva York, Abingdon-Cokesbury Press, 1942.

Kirkland, Winifred: Discovering the Boy of Nazareth. Nueva York, The Macmillan Company, 1944.

Members of School for Graduate Nurses, McGill University, Montreal, Canada: Vignettes from the History of Nursing. The Canadian Nurse, March, April, May, June, July, 1928.

Miller, Madeline S.: Footprints in Palestine. Nueva York, Fleming H. Revell Co., 1936.

Nutting and Dock: A History of Nursing. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1907, Vol. I, Parte II, Caps. 1 y 2.

Reinach, Salomon: Orpheus, A History of Religions. Nueva York, Liveright, Inc., 1930.

Segunda parte

LA EDAD MEDIA

de aproximadamente 500 a 1500 d. J. C.

Capítulo 5

PRIMEROS SIGLOS DE LA EDAD MEDIA

La sociedad en pequeñas unidades cooperativas

En grandes líneas, la historia de la civilización se divide en tres grandes periodos o eras, a saber: la civilización antigua, la medieval y la moderna. Al interior de éstos hay periodos menores, pero la disolución del Estado mayor que el hombre hubiera sido jamás capaz de poner bajo una misma ley destruyó una civilización que representaba muchos siglos de desarrollo humano, y el proceso de crear otra que la substituyera ocupó a su vez otros siglos. En el desarrollo europeo, un intervalo de unos mil años entre la destrucción social y la restauración social se ha designado como el *Periodo Medieval* o la *Edad Media.*

Es éste un lugar a propósito para recordar que estas líneas divisorias entre lo que llamamos *periodos* en la historia no deben considerarse nunca como límites firmes y fijos. En efecto, uno de los tales llamados periodos empieza dentro de otro a través de la actuación de influencias cambiantes que crecen imperceptiblemente y operan en ocasiones con una fuerza repentina. Los periodos se desvanecen. No terminan abruptamente, pero hay momentos en que tienen lugar acontecimientos que aceleran un cambio en el curso de la historia.

Los primeros siglos de la Edad Media se conocen conjuntamente en la historia de Europa como la "Edad Obscura". Para comprender esto, debemos tratar de imaginar qué nos parecería a nosotros si nos viéramos rodeados de multitudes de gente semisalvaje que hubiera invadido nuestro país, se hubiese apoderado de nuestra propiedad y empezara a construir rudas viviendas para sí misma en nuestro propio medio. Ningún gobierno central podría intervenir en favor nuestro, porque no lo habría. Los ejércitos que nos habíamos acostumbrado a considerar como invencibles en nuestro apoyo ya no funcionarían. Los funcionarios del gobierno que pensaban por nuestra cuenta habrían desaparecido. Mientras tanto, bandidos harían la vida insegura, y las carreteras, los acueductos, las cloacas y los puentes habrían caído en ruinas en gran parte. La destrucción de los servicios combinada con el hacinamiento pondría la salud pública en la misma situación precaria que los negocios, la enseñanza y el gobierno. Los romanos que podían hacerlo escaparon a la parte oriental del Imperio. Y aquellos a los que las circunstancias obligaban a permanecer en el Occidente se pusieron a la elaboración lenta de un compromiso social que les permitiera convivir con los bárbaros cual ciudadanos de un nuevo mundo.

El destino de la civilización dependía de la protección de la salud, una forma distinta de gobierno y la educación de miles de bárbaros a formas civilizadas de vida. El tiempo ha mostrado que la religión cristiana y su representante, la Iglesia, aceptaron la carga de estas tareas y las llevaron a buen término. Su evangelio de amor

para todos los seres humanos halló una nueva expresión, y sus jefes emprendieron la misión de tranquilizar la excitación de gente que había perdido el sentimiento de seguridad y empezaban a agruparse en busca de ésta. Muchos se fueron a los *monasterios,* que ofrecían refugio y paz. Estas instituciones inauguraron un periodo de gran expansión y estuvieron en condiciones de acelerar el retorno del orden, mientras conservaban las realizaciones de la religión, la instrucción, la medicina y la enfermería.

Al propio tiempo, unidades seculares se formaron alrededor de individuos fuertes que ayudaron a los miembros individuales a establecer un sistema de vida haciendo revivir, en grandes propiedades, una antigua institución gubernamental conocida como *feudalismo.* Era esto una forma de régimen patriarcal que proporcionaba a los individuos viviendas para sus familias, alimento y protección material, a cambio de sus servicios como cultivadores y, en caso de guerra, como soldados. Roma había favorecido el desarrollo de una clase terrateniente, y el número de las grandes propiedades rurales creció ahora considerablemente. El problema inmediato para todos estos grupos consistía en organizar una protección adecuada en caso de ataque y en asegurarse una existencia autónoma.

Para el año 800 d. J. C. el equilibrio social y el comercio habían sido restablecidos en grado notable y, a continuación de la reanudación del comercio, un tercer tipo de unidad protectora conocida como *gremio* empezó a hacer su aparición cuando, por vez primera en la historia, los trabajadores se organizaron en beneficio mutuo. Estos precursores de los sindicatos modernos de trabajadores habían de acabar convirtiéndose en el núcleo de un gran sistema de gremios que había de reglamentar los oficios y las industrias, las manufacturas y el comercio. Así, pues, el *monaquismo,* el *feudalismo* y los *gremios* constituyen pivotes a cuyo alrededor la sociedad aprendió a girar durante la Edad Media, y la Iglesia surgió cual autoridad principal, con el gobierno feudal y los gremios bajo su control.

EL MONAQUISMO CRISTIANO

El monaquismo es un sistema que hemos encontrado ser de un origen muy antiguo y común a diversas creencias religiosas. Cual fase del cristianismo se había desarrollado ya considerablemente antes del siglo IV, cuando recibió nuevo estímulo mediante el entusiasmo de Marcela, Paula, San Jerónimo y el grupo altruista al que éstos pertenecían.

El objeto fundamental del establecimiento monástico era el de albergar individuos que deseaban vivir aparte del mundo y promover su salvación personal, propósito que no cambió al introducir el cristianismo el ideal más amplio de servicio de la humanidad. Con la caída de Roma, los ciudadanos romanos de todas las clases buscaron refugio en los monasterios, y también los bárbaros buscaron su auxilio, al ver que una institución que resistía a su destrucción estaba dispuesta a mostrárseles bondadosa.

ORIGEN DE LOS MONASTERIOS BENEDICTINOS

La historia atribuye a un monje italiano el mérito de haber fijado el curso del desarrollo monástico por algunos siglos a venir. En el año 529 d. J. C., este monje, al que conocemos como *San Benedicto de Nursia,* se estaba sirviendo activamente de las piedras de un antiguo templo pagano para construir un monasterio para algunos adeptos. El lugar era la cima de una accidentada montaña entre Roma y Nápoles, y sus vecinos eran paganos muchos de ellos, y algunos bárbaros. Gradualmente, Benedicto los convenció a todos a que se convirtieran al cristianismo, y enseñó a individuos que habían sido enemigos a armonizar sus costumbres y sus maneras. Surgió en Monte Cassino una institución que fue una de las unidades monásticas protectoras medievales más eficaces, así como un centro de irradiación para monjes, cuyos número y éxitos proporcionaron nueva esperanza y valor a otros grupos

que trabajaban ya duro para desterrar el barbarismo que había caído como diluvio sobre Europa.

Plan de los edificios y el terreno de los monasterios. Con el tiempo, muchos monasterios acabaron por adoptar una disposición característica. Cuando un terreno de dimensiones adecuadas había sido cercado con altos muros de piedra, iban apareciendo lentamente una iglesia, un almacén, un comedor o refectorio y una hilera de celdas o dormitorios para los monjes, dispuesto el todo alrededor de un patio cuadrado. Más allá de este grupo de edificios había campos de trigo, vergeles, graneros, talleres, un molino junto a una corriente de agua y aquellas otras construcciones que las actividades de la institución pudieran necesitar. Había también aquí un hospital y albergue para forasteros. No podía rechazarse a ninguno, y la caridad extendida a los pobres alcanzó grandes proporciones. Para el siglo IX, la mayoría de los monasterios mantenían, además de tal alojamiento, una escuela para los niños de la gente que, a medida que la situación se estabilizaba, empezaron a vivir junto a los muros del convento.

La Regla Benedictina. Durante el desarrollo del monaquismo cristiano reglamentaban la vida diaria de los monjes numerosas reglas o códigos. La Regla Benedictina fue redactada para hacer frente a las necesidades de una nueva era. El trabajo manual, al que los romanos habían relegado a los esclavos, se había convertido en una necesidad básica para todo el mundo. Era un tiempo en que cada uno había de ganarse el derecho de vivir, y todos los benedictinos trabajaban. El abad (L. *abbas,* padre), al que elegían para que fuera el jefe de la institución, trabajaba lado a lado con los monjes. Salieron de la casa matriz de Monte Cassino muchos monasterios más, y en los siglos que siguieron a su comienzo, veinte emperadores y cuarenta y siete reyes abdicaron para hacerse monjes benedictinos. Diez emperatrices y quince reinas, con muchas princesas y damas de la corte se hicieron monjas.

La carrera del novicio monástico no era fácil. La Regla Benedictina hacía del noviciado un periodo de prueba para determinar si el candidato era o no apto para la vida monástica. Bajo vigilancia constante, numerosas restricciones le prohibían los privilegios acordados a los que ya habían sido aceptados en la organización monástica. Los monjes aceptados se dividían en tres grupos, de acuerdo con la duración de su experiencia. Los "seniores" o "pru-

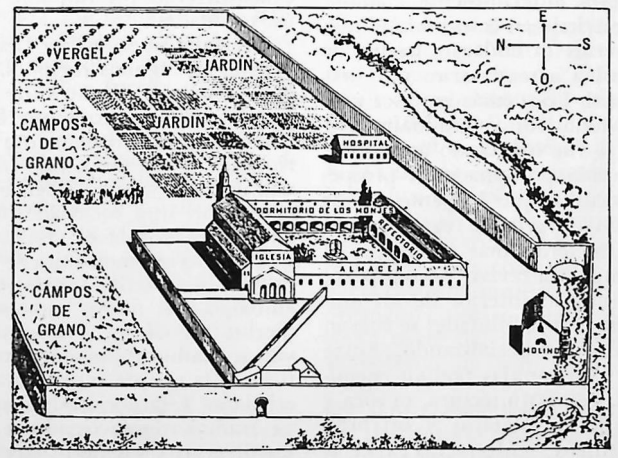


FIG. 21. Plano general de un monasterio. (De Hayes, Moon y Wayland, "Historia Universal", con autorización de The Macmillan Co., editores.)

dentes" habían vivido cincuenta años como monjes; una clase intermedia, de veinticinco a cincuenta años, y los "jóvenes", menos de veinticuatro años. Los privilegios y los deberes estaban dispuestos de acuerdo con estas divisiones, correspondiendo el trabajo más duro al grupo más joven, al que se enseñaba a querer a los más ancianos, los cuales, habían de aceptarlos a su vez como hermanos. En el caso de que algún monje enfermara, tenía asegurada una atención adecuada, porque un *enfermero* lo atendía y dirigía un hospital especial en el que los enfermos eran acogidos hasta el restablecimiento. El hospital previsto para los forasteros, en cambio, ocupaba un edificio separado. Según las palabras de San Benedicto:

"Ante todo y por encima de todo, hay que atender a los enfermos, para que sean servidos en el mismo acto como Jesucristo mismo, porque El dijo, 'Estaba enfermo y me habéis visitado', y 'todo lo que habéis hecho en favor de alguno de estos pequeños, me lo habéis hecho a mí'."

Agricultura, artes y oficios. La agricultura constituía necesariamente uno de los principales intereses de las unidades monásticas de la época, y las instituciones benedictinas realizaron un gran servicio público mejorando los métodos de cultivo y reclamando vastas áreas de tierra anteriormente abandonadas. Se convirtió en costumbre el que los monasterios arrendaran partes de su propiedad a arrendatarios por una renta nominal. Los demás ingresos provenían de donativos y, gradualmente, la pobreza se fue quedando atrás siendo reemplazada por una gran prosperidad. A medida que la gente se fue estableciendo en grupos regulares, los caminos se hicieron más seguros, y el comercio empezó a revivir poco a poco. Mientras tanto, al interior de los muros, las artes y las habilidades se fueron desarrollando y especializando. Entre los monjes y las monjas podían encontrarse artistas en arquitectura, música y pintura, expertos plateros y orfebres, así como médicos y enfermeras expertas en el empleo de remedios caseros en caso de enfermedad.

Conservación de los conocimientos. Desde sus primeros días, el monasterio cristiano había experimentado la influencia de hombres y mujeres cultivados. A *Casiodoro,* patricio contemporáneo de San Benedicto, se le atribuye el mérito de haber introducido el arte de copiar manuscritos religiosos y clásicos entre los monjes de un monasterio que fundó. San Benedicto recogió la idea, y los dos llevaron a los monasterios afines de la Edad Media el privilegio de conservar conocimientos que en otra forma corrían riesgo, en aquella época convulsa, de perderse. En los tiempos que precedieron a la imprenta y la escritura a máquina, esta labor fastidiosa era realizada laboriosamente por monjes o monjas que trabajaban a la temperatura glacial de construcciones medievales y, a menudo, a la luz de la candela.

Toda vez que los manuscritos se pasaban de un monasterio a otro, ejercieron una influencia civilizadora. El pensamiento de las grandes mentes de los antiguos se difundió y llegó hasta nosotros. Los libros antiguos se utilizaron para crear bibliotecas en las que fueron conservados con atención solícita para los eruditos del futuro. Proporcionaron a los monjes y las monjas algunos conocimientos científicos a propósito de la atención de los enfermos. Constituyeron los fundamentos de las universidades.

Los siglos nueve y diez vieron la decadencia, en algunas regiones, del prestigio monástico. Dentro de la propia Iglesia había descontento con instituciones que continuamente adquirían riquezas y, con éstas, una mayor facilidad de vida y mayor libertad para mezclarse con una sociedad que volvía a encontrar posible el viajar. La severidad de la vida monástica se fue haciendo menos atractiva y más relajada. Sin embargo, un nuevo monasterio benedictino en *Cluny,* Francia, anunciaba ya un cambio de pensamiento y un retorno a la simple expresión del servicio cristiano. Estableció asimismo una nueva tradición sometiendo a su control las diversas casas derivadas de la organización matriz. Sus frutos aparecen a fines de la Edad Media.

MUJERES EN LA VIDA MONASTICA

La tarea de crear una civilización que sobrepasara la que había sido destruida atrajo a mujeres a compartir con los hombres sus dificultades y sus satisfacciones. Las casas monásticas para mujeres crecieron en número, siendo sus fundadoras por lo regular damas de influencia. Muchas estaban emparentadas con las cortes reales, y algunas eran hijas de bárbaros poderosos convertidos, acostumbradas al lujo y la educación posibles en su tiempo. Fueron aportadas a la Iglesia grandes propiedades, y numerosas mujeres se convirtieron en directoras de grandes instituciones. Conocidas como *abadesas* o madres, asumían con frecuencia el control de los llamados "dobles monasterios", compuestos de hombres y mujeres. En Inglaterra, especialmente, este tipo era corriente, y se construía acaso una pared en el medio de la iglesia, para que la vista recíproca no distrajera a los individuos de sus devociones. Algunas veces separaba sus respectivas casas un cementerio. Tanto los monjes como las monjas tomaban los votos de obediencia, y la historia rinde homenaje a la abadesa por su competencia cual ejecutiva en el desarrollo de instituciones regulares. Se la reconocía como par, tanto por los gobernantes como por las autoridades eclesiásticas, y administraba los negocios con espíritu financiero. Algunas abadesas viajaron extensamente, otras poseían talento literario, y algunas fueron maestras o predicadoras.

De las numerosas abadesas que con sus monjas asociadas se aprovecharon de esta nueva oportunidad que el cristianismo ofrecía a las mujeres de hacerse útiles a la sociedad, no mencionamos más que una sola, que corresponde a este periodo de la Edad Media: *Radegunda de Poitiers.* Esta (¿587?), que era una reina bárbara, huyó de su marido que, después de muchas otras crueldades, acababa de asesinar a su hermano. Perseguida por los caballeros del rey, logró llegar a Poitiers, en donde buscó refugio en la iglesia cristiana. Aquí, en un santuario, nadie podía hacerle daño. Convenció al obispo que la consagrara a la religión y, convertida en monja, dedicó su vida y su propiedad a un convento que fundó. En éste, doscientas monjas la asistían en la atención de los pobres y los enfermos. La suerte miserable del leproso la había ya impresionado, y ahora que tenía libertad de hacerlo, le dedicó su atención especial.

Hábito conventual. Las monjas de estos tiempos primeros, lo mismo que las abadesas, no estaban retiradas completamente del mundo. Algunas de ellas vivían en sus casas, y no todas tomaban los votos. No se requería hábito especial alguno, hasta presentarse circunstancias que parecieron hacerlo indicado. El ideal monástico de la humildad apuntaba al empleo de materiales de vestir burdos y sencillos, ideal estimulado además por la pobreza de muchos de los primeros conventos. Las mujeres del convento hilaban y tejían la tela para sus hábitos. Una crítica formulada alrededor del siglo VII ha sobrevivido y acusa a las monjas de prestar demasiada atención a la confección de telas finas.

En sí mismo, el hábito reflejaba probablemente la moda entre las mujeres aristocráticas de la época, y éstas no habían hecho más que llevar las ideas de su medio social a la vida del convento. Por otra parte, muchas de ellas no estaban demasiado alejadas de la etapa bárbara. La importancia del vestido reside en el hecho de que su incongruencia con la vida monástica atrajo la atención, y su crítica preparó el camino para la última reforma que terminó en la uniformidad.

El velo cual complemento del vestido femenino cuenta con una larga historia. Como medio de mantener alejados de las novias a los malos espíritus, cual residuo de una costumbre antigua que hacía que una mujer se lo pusiera para distinguirla en su estado de casada, y como parte del hábito conventual, su simbolismo ha sido el de humildad, obediencia y servicio. Después de haber sido aceptado por todas las naciones del mundo antiguo, vino gradualmente a significar que la novia, abandonando a todos los demás, guardaba sus encantos para su esposo. En tiempos

del Imperio Romano, la costumbre exigía que, en público, las señoras cubrieran su cabello con velos o gorras, y prescribía rasgos distintivos como el de un velo rojo o un velo con franjas rojas para las recién casadas. Los velos de las mujeres turcas, hindúes y árabes sólo podían quitarse en presencia de sus familiares directos.

Dentro del recinto de la iglesia cristiana, las mujeres se cubrían la cabeza. A medida que la costumbre se fue generalizando, empezaron a aparecer nuevas reglamentaciones en relación con el empleo de los velos. Según la posición social, todas las mujeres lo llevaban: los de las reinas barriendo el suelo, y llegando solamente a la cintura los de las plebeyas. Entre las órdenes religiosas, en donde llegaron a formar parte del hábito prescrito, siguen llevándose, y se atribuyen velos de clases distintas a las monjas en las diversas etapas de su servicio. En otra forma, el velo es llevado por las enfermeras en muchos países europeos, y en todas partes por las que están al servicio de la Cruz Roja. El gorro o cofia de la enfermera moderna es una modificación del velo y se asocia a la idea del servicio de la humanidad.

EL FEUDALISMO

Modificado por los ideales cristianos, el antiguo sistema conocido como *feudalismo* empezó a ocupar su lugar al lado del monaquismo en la Europa occidental. Cuando la desintegración del Estado dejó a la mayor parte de la población a la deriva, era natural que muchos romanos buscaran la protección de grandes terratenientes, muchos de los cuales se habían retirado permanentemente a la vida del campo. Era natural, también, que los bárbaros poderosos se crearan propiedades de esta clase y que, más adelante, los reyes bárbaros parcelaran tierras entre sus súbditos favoritos. Afín concesión de tierra se conocía en el Contienente con el nombre de "feudo", en tanto que en Inglaterra se designaba con el nombre de *manor*.

Antes del año 1000 d. J. C. había esparcidas por todo el continente europeo unidades agrícolas cooperativas, aisladas unas de otras y gobernadas por individuos conocidos como señores, caballeros, duques, condes o barones. La tierra era propiedad nominalmente de los reyes, y los señores guerreros la poseían en feudo. El gobierno central de cada reino estaba todavía en su infancia y no mantenía ejército permanente alguno. La reunión de una fuerza de combate se dejaba a los terratenientes, cuyos siervos abandonaban la tierra siempre que se les ordenaba hacerlo. Los abades y las abadesas, en calidad de jefes de organizaciones monásticas que a menudo poseían tierras, habían de satisfacer la misma obligación, manteniendo fuerzas similares de hombres armados, y en ocasiones los monjes eran llamados a luchar.

Allí donde elegía vivir, el terrateniente construía su casa. Su objeto consistía en proporcionar abrigo y protección a su familia y un lugar de refugio seguro para las familias de los siervos que vivían en aldeas, fuera del recinto amurallado. La posición escogida para el castillo solía ser muy arriba, al borde de un precipicio rocoso, desde donde se dominaba con la vista el terreno por todos lados. En los primeros días del feudalismo, los castillos eran de madera o piedra, construidos con gruesos muros y rodeados de una trinchera o foso lleno de agua, más allá del cual se levantaba otro muro resistente, en forma de palizada. A intervalos, a lo largo de este muro, había torres con fines de defensa. Un puente levadizo que conectaba el castillo con el continente podía bajarse o levantarse a voluntad.

La vida en estos castillos feudales era expuesta y, necesariamente, sin lujo. Esculturas delicadas, obras de arte magníficas, las bellas tapicerías y los muebles trabajados, que asociamos con los grandes castillos de piedra de muchos relatos, corresponden a la última parte de la Edad Media. Y en forma análoga, la señora de aquellos días primeros distaba mucho de ser una beldad ociosa, amiga de los placeres. Sus días, antes bien, estaban llenos de trabajo. Había de ser capaz de vigilar el establecimiento entero. Había de saber cocinar, coser, tejer, hilar y había de ser entendida en materia de cultivos. Había de criar y cuidar a los niños, de cabalgar y cazar como un hombre, de mandar a soldados e inclusive, si se presentaba el caso, de luchar. Sus conocimientos de remedios caseros para toda clase de enfermedades habían de ser extensos, y había de atender a los huéspedes de la familia así como, en caso de necesidad, a los aldeanos y sus familias. Los primeros auxilios y los casos urgentes de cirugía, todo esto formaba parte de su labor cotidiana. Era médico y enfermera a la vez. Y en ausencia de una caridad organizada, la tarea de atender a los pobres descansaba asimismo en ella. Por lo demás, su propio nombre inglés señala esta responsabilidad, porque la palabra *lady* es una palabra derivada de otra que significa "la que vigila el pan", en tanto que *lord* significa "el que da el pan".

Hacia fines del siglo x, se había realizado ya algún progreso hacia la recuperación social, pero habían surgido dos grupos privilegiados, representados por el monje y el señor feudal. El primero se iba debilitando a causa de la facilidad, a medida que se adquirían riquezas y se relajaba la disciplina, con objeto de favorecer a las personas prominentes que deseaban abrazar la vida

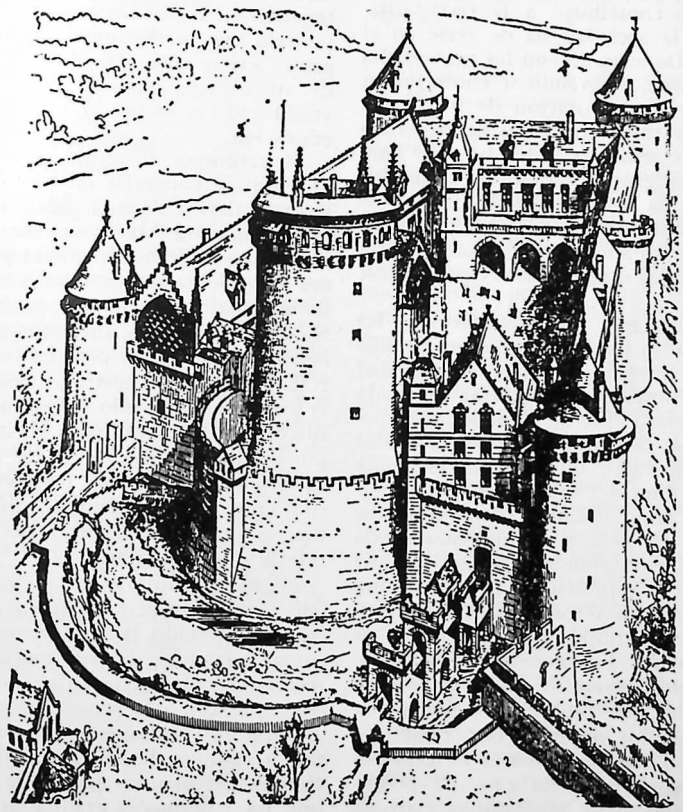


Fig. 22. Un castillo del Norte de Francia construido en el siglo xiii. Restauración por Viollet-le-Duc. (Gertrude Hartman, *Medieval Days and Ways*, con autorización de The Macmillan Co., editores.)

monástica. Y el señor feudal, por su parte, mantenía al continente en confusión, a causa de su decisión de adherir a la ocupación que prefería, esto es, la de la lucha. La agricultura sufría de la ausencia de sus trabajadores; la carestía y la enfermedad acompañaban la falta de alimento adecuado. Los animales de granja perdieron en calidad, y la mayor parte de la carne lo era de cerdo, fresca o salada. Sólo podían cultivarse pocas hortalizas, porque es el caso que las mujeres tenían ya bastante que hacer para mantener las demás ocupaciones en marcha.

LOS GREMIOS

La tercera forma de entidad protectora que contribuyó a la recristalización de la sociedad ha de verse en el *gremio*. De acuerdo con las necesidades de la época, el gremio se convirtió en la primera organización de trabajadores, constituida con fines de beneficio mutuo, y reunía a individuos no ligados a los grupos monástico o feudal. Alcanzó su apogeo alrededor del siglo XII, y se encontraba en él la semilla tanto de los sindicatos de trabajadores como de las organizaciones profesionales.

Una vez que los monasterios y las propiedades feudales hubieron establecido sus unidades regulares de sociedad y hecho posible alguna forma renovada de comercio, fueron saliendo un poco de su aislamiento. Los mercados surgieron fuera tanto de la hacienda feudal como del monasterio. Las mercancías eran llevadas por buhoneros de casa en casa y el intercambio de bienes fue creciendo. Las grandes ferias para la exposición y el intercambio de mercancías llegaron a ser acontecimientos de importancia para ambas instituciones. Los mercaderes constituyeron luego *gremios de mercaderes* o sociedades que protegían a sus miembros cuando viajaban por carreteras que bandas de salteadores de caminos hacían peligrosas. En caso de necesidad, se ayudaba a las familias. Después de una breve vida, los gremios de mercaderes se dividieron en *gremios profesionales* cada uno de los cuales representaba una clase de oficio especializado. Surgieron también los *gremios religiosos*.

Los gremios profesionales estimularon el buen trabajo mediante un sistema de inspección, así como mediante la expulsión de los ineptos o negligentes. Los jefes de los gremios llevaban el título de *maestros*, que ganaban produciendo una pieza de trabajo muy sobresaliente o bien trabajando varios años bajo la guía de un maestro profesional. Trabajaban a las órdenes del *maestro* los *aprendices* y los *jornaleros*. Los aprendices eran muchachos cuyos padres pagaban unos derechos para que se admitiera a sus hijos al privilegio de aprender un oficio. Los aprendices vivían en la casa del maestro trabajaban en un oficio concreto por un periodo que gradualmente se fue alargando a siete años, y recibían, a cambio de su trabajo, pensión, alojamiento, vestido y, en mayor o menor grado, educación.

Al terminar su entrenamiento, el aprendiz se convertía en jornalero. El término deriva de una palabra francesa que significa "día" *(journée)*, y debe su empleo al hecho de que el jornalero era libre de ganar un salario trabajando a jornal fuera de la casa del maestro. Con frecuencia, sin embargo, vivía con éste y pagaba la pensión con algún trabajo ejecutado entre las horas. Una vez que había pasado su examen y tenía dinero suficiente para abrir su propio establecimiento, se hacía maestro. El grado de Maestro de Artes, que confieren todavía algunas universidades, es una supervivencia del sistema que le dio el nombre.

En el aprendizaje en el gremio se encuentra el origen de un sistema que ha caracterizado la administración de nuestras escuelas de enfermería. La directora de enfermería dirige, en calidad de "maestra", la enseñanza de sus aprendices o enfermeras, las cuales prestan a cambio de ello atención a pacientes. En algunos países, se permite que las enfermeras graduadas de una escuela sigan en residencia en ésta y presten sus servicios de enfermería al hospital, cuando no están ocupadas fuera del mismo en servicio privado, o sea como verdaderas jornaleras.

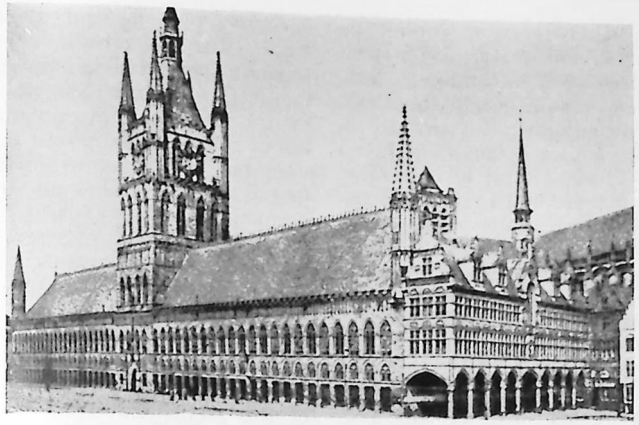


FIG. 23. Edificio del Gremio de los Productores Textiles, en Ypres, Bélgica. Uno de los edificios gremiales más bellos de Europa. (Gertrude Hartman, *Medieval Days and Ways*, con autorización de The Macmillan Company, editores.)

EL ISLAMISMO, RIVAL DEL CRISTIANISMO

Mientras el feudalismo y el monaquismo construían pequeñas fortalezas para protección de los habitantes desamparados de un imperio en desintegración, un nuevo tipo de invasión bárbara se preparaba a lanzarse sobre Europa desde el sudeste. En el árido desierto de Arabia había miles de personas de vida nómada, las cuales, por extraño que parezca, estaban destinadas a jugar un papel en la labor de regeneración. Vivían también en pequeñas entidades protectoras que designamos como tribus. Unos jefes patriarcales, o jeques, hacían las veces de gobernantes. La naturaleza les había hecho la vida difícil a estas tribus y, para muchas de ellas, la forma de vida sedentaria resultaba imposible. Pocos y muy alejados unos de otros, en sus llanuras arenosas, había los lugares fértiles que ofrecían el fruto de las palmas de dátiles como alimento y el agua como bebida, para los hombres, sus caballos y camellos, y sus rebaños de ovejas.

Los oasis constituían la causa de disputas frecuentes acerca del derecho de ocupación o de uso, y pequeñas guerras por la propiedad, o venganzas de sangre que exigían una vida por cada vida, formaban parte de la existencia cotidiana. La distancia, una arena profunda bajo los pies y frecuentes tormentas de arena obligaban a los *árabes*, así es como se llamaban, a desplazarse a lomo de camellos o de caballo. Como jinetes no tenían rival, y los animales que criaban poseían una resistencia, una belleza y una velocidad nada comunes.

Aparte de la cría de rebaños de ovejas y manadas de camellos, la principal ocupación de los árabes, que constituía al propio tiempo su diversión, era el robo de las caravanas que iban y venían entre ciudades y aldeas desarrolladas por sus hermanos más civilizados o por gente de países vecinos. La ciudad de la Meca contenía un santuario al que iban en peregrinación para culto de una piedra sagrada en un templo conocido como la "Kaaba". En la Meca, también, y en Medina se celebraban grandes ferias que brindaban a los habitantes del desierto la oportunidad de dedicarse al comercio. Durante cuatro meses, cada primavera, se observaba un armisticio en la guerra, de modo que todos pudieran aprovechar al máximo dichas excursiones.

Aproximadamente en 570 d. J. C. nació en la ciudad de la Meca un niño

árabe que había de ser el profeta de una nueva religión universal. La tribu a la que pertenecía la familia de Mahoma poseía una influencia considerable y, lo mismo que otras tribus árabes, adoraba ídolos. Cuando Mahoma era ya un joven adulto, le fue encargada por una viuda rica la organización de una caravana, y el resultado fue tan satisfactorio y su personalidad tan atrayente, que la viuda se convirtió en su esposa. La devoción de ésta para él la condujo a estimular una abstracción en materia de religión, que fue en aumento a medida que transcurría el tiempo. Adquirió la práctica de retirarse con frecuencia de la vida a su alrededor y de entregarse la meditación.

Mahoma dedicó muchos años al análisis de religiones, especialmente del judaísmo y el cristianismo, pero no fue hasta la edad de cuarenta años que empezó a hablar en público acerca del tema que le era tan caro: una fe que había de unir a sus compatriotas y proporcionarles un tipo de vida más ordenada. Pero sólo encontraba indiferencia. Finalmente dejó la Meca y se estableció en Medina. Aquí, su éxito no fue notable hasta que logró despertar el interés de la tribu árabe de los "beduinos". En efecto, las ideas de Mahoma les gustaron a éstos, y se convirtió en su misión imponer a la indiferente Meca y a la comercial Medina una religión que sus habitantes se habían negado a aceptar. Los árabes del desierto eran guerreros, y Mahoma los envió ahora a librar una guerra santa, atacando a todos los infieles que se negaran a someterse a la voluntad de Alá. "No hay más Dios que Alá, y Mahoma es su profeta", decía su credo. La Meca fue conquistada, y Medina también. Los adeptos de Mahoma pasaron al Imperio de Bizancio, a Egipto, el Noroeste de Africa, España y Francia, donde finalmente su avance fue contenido por los cristianos, un siglo después de la muerte de Mahoma.

Para 637 d. J. C., los fanáticos musulmanes habían tomado Jerusalén, provocando en esta forma un resentimiento horrorizado e impotente en todo el mundo cristiano. Lo que la Meca era para los árabes, esto era Jerusalén para los cristianos, esto es, un lugar de peregrinación, la estrella polar del cristianismo. Sin embargo, surgieron mezquitas musulmanas, y una nueva religión dominó en esta ciudad santa por más de cuatro siglos y medio, pese a que los árabes no siempre gobernaran.

¿En qué consistía esta religión capaz de unir y separar tan fácilmente a la gente, de extenderse al punto de constituir un rival peligroso del cristianismo medieval y de ser practicada hoy en día todavía por quinientos millones de adeptos? Al descontento latente con la miseria experimentada por el hombre medio, Mahoma había añadido una chispa de entusiasmo religioso. Por orden suya, los individuos abandonaban los bienes primitivos y el animismo nativo, levantándose por millares para difundir la voluntad de Alá, tal como la interpretaba para ellos Su profeta. La sumisión a su voluntad constituía el núcleo de la religión enseñada por Mahoma y, a partir de este ideal básico, tomó su nombre de "Islam", que significa sumisión a la voluntad de Alá. Sus adeptos fueron llamados "musulmanes" ("sometidos"). Desde un balcón en la parte exterior de cada mezquita, un funcionario conocido como el *muezzin* llamaba los fieles cinco veces cada día a la plegaria:

"Alá es Todopoderoso... Alá es Todopoderoso... Declaro que no hay más Dios que Alá... Declaro que Mahoma es su profeta... Venid a orar... venid a orar... venid a la casa del elogio, Alá es Todopoderoso... Alá es Todopoderoso... No hay más Dios que Alá".[1]

La vida de los musulmanes, tanto civil como religiosa, fue dirigida por Mahoma. Sus enseñanzas, incorporadas actualmente en el "Corán", la Biblia de los musulmanes, formulaban normas para la obtención de la buena vida. El juego, la mentira, la carga de tipos excesivos de interés sobre la moneda prestada, el beber vino, la falta de aseo y el comer alimentos impuros, todo esto eran pecados que había que evitar. La bondad, la honradez, la hospitalidad, el perdón de las injurias, la limosna, la limpieza y el comer los alimentos prescritos, todo esto eran virtudes. Nadie podía orar a Alá sin lavarse antes las manos. No había que dar satisfacción a despliegue confuso alguno de dioses. Un mes en cada año los fieles habían de ayunar, y en cinco momentos fijos de cada día habían de dirigirse directamente a Alá por medio de la plegaria. En estos momentos se les pedía que se postraran en el suelo, pero con la cara mirando siempre a la Meca. Esta ciudad, que siempre había sido santa para los árabes, había de seguir siendo lugar de peregrinación. En efecto, por mandamiento de Alá, aquéllos habían de efectuar, cuando menos una vez en la vida, una peregrinación a la Meca.

Así, pues, en un breve espacio de tiempo se produjo una gran revolución en el país de los habitantes del desierto. La religión juntó a tribus aisladas e individuales en formas comunes de pensamiento y de vida y les proporcionó un objetivo común. En poco más de un siglo, después que los beduinos hubieron emprendido la misión de difundir las enseñanzas de Mahoma, no sólo había surgido a la existencia un imperio musulmán, sino que la peregrinación a la Meca de miles de conversos de muchas partes del mundo empezaba a alterar la faz de la sociedad en general. Se intercambiaban ideas y la gente aprendía a conocerse mejor.

Todo esto sirve para destacar una calidad constructiva no observada inicialmente en el Islam militante. Sin ella, la construcción de un imperio no habría sido posible. Los intrépidos jinetes de caballos veloces, cuyas hojas relucientes de acero de Damasco habían llenado de terror los corazones de las gentes de muchos países, empezaron a darse cuenta de la tontería consistente en destruir aquellas cosas que hacían a la civilización distinta de la vida estéril del desierto. Se interesaron en lo que hacían otros pueblos, y sus mentes libres de confusión absorbieron toda clase de conocimientos.

La medicina y la ciencia bajo el Islam. Finalmente, muchas de las cien-

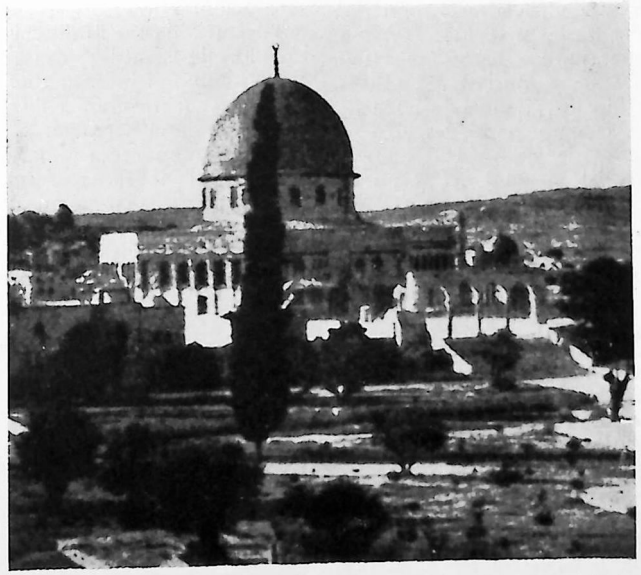


FIG. 24. Mezquita de Omar, en Jerusalén. (Foto de Burton Holmes, de Ewing Galloway.)

[1] Lamb, Harold, *The Flame of Islam*, Reproducido con autorización de Doubleday, Doran & Co., Garden City, Nueva York, p. 11.

cias, y especialmente la de la medicina, contrajeron una deuda con el Islam. En efecto, mientras la gente del oeste tendía a descartar las enseñanzas de Hipócrates y Galeno para volver a la superstición, los musulmanes, moros, sarracenos o mahometanos, como se los ha llamado diversamente, asumieron con avidez la responsabilidad en vista del progreso de la ciencia. Sus califas, que sucedieron a la jefatura del Islam después de la muerte de Mahoma en 632 d. J. C., empezaron a encontrar tiempo y oportunidad para fomentar los estudios, incluidos los que se relacionan con la práctica de la medicina. Las obras de Hipócrates y Galeno se tradujeron al árabe.

Y a este interés del Islam por el estudio le debe la medicina mucho. Se estudiaron la fisiología y la higiene y se desarrolló una extensa *materia médica*. Si bien la creencia musulmana en la impureza de los muertos prohibía la disección, los cirujanos practicaron y aprendieron a servirse del hiosciamo, de la *cannabis indica* y del opio como anestésicos. Surgieron grandes médicos, entre ellos los persas siguientes: *Rhazes* (860-932), quien aportó material de valor duradero acerca del sarampión y la viruela, así como una enciclopedia de la medicina; *Hunayn*, oculista que tradujo partes de Hipócrates y Galeno, y *Avicena* (980-1037), quien escribió un "Canon de la Medicina", que se empleó por espacio de siglos después de su muerte. En este tratado médico, el amor ocupa un lugar entre las enfermedades mentales o cerebrales, en donde le hacen compañía el insomnio, la amnesia, la manía, la hidrofobia y la melancolía, principalmente.

Con el progreso en los conocimientos de la medicina, se construyeron grandes hospitales, y los de Bagdad y Córdoba se hicieron famosos. Se nos habla de que en ellos trabajaban mujeres, pero no parece que la enseñanza fuera más allá del acto de componer la cama. La siguiente descripción transmite tanto un sentido de belleza y de valores psicológicos y espirituales como una amplia perspectiva de desarrollo institucional:

> "Contaba con cuatro patios, cada uno de los cuales tenía una fuente en el centro; salas de lectura, salas para aislar determinadas enfermedades y dispensarios para los pacientes ambulantes. Entre las atracciones más nuevas figuraba una sala en donde unos músicos tocaban día y noche, y otra en donde narradores de cuentos se empleaban para provecho de aquellos que padecían insomnio. Los que tenían una inclinación religiosa podían escuchar la lectura del Corán, que tenía lugar ininterrumpidamente, día y noche, en algunos cuartos. Cada paciente, al ser dado de alta del hospital, recibía algunas monedas de oro, de modo que no se viera obligado a aceptar un trabajo demasiado duro en seguida".[2]

Posición de las mujeres bajo el Islam. Sin duda, la vida del desierto no podía ofrecer gran cosa a la mujer, aparte de su hogar sumamente incierto. Por lo regular, se le negaba la instrucción, y su marido era escogido para ella. El matrimonio era su deber y la fecundidad su gloria. Si se revelaba infiel, se le podía pegar. Estaba permitida la poligamia hasta el número de cuatro esposas, pero ninguna mujer podía tener más de un marido a la vez. El divorcio se le negaba a la mujer, en tanto que el marido podía obtenerlo por cualquier motivo fútil, y con el privilegio de poder volver a tomar a la mujer dos veces después de semejante separación.

Por otra parte, Mahoma mejoró la posición de la mujer en algunos aspectos. Prohibió el infanticidio e hizo que los padres incluyeran a las hijas en el privilegio de la herencia. Se dice inclusive que a unas pocas damas ricas se les permitió aprender a leer el Corán. Sin embargo, la atención de la mujer durante el parto y en el caso de enfermedad ginecológica siguió en manos, como lo había estado tradicionalmente, de comadronas sin instrucción.

LA MEDICINA Y LA ENFERMERIA, 500 a 1 000 d. J. C.

La inundación de la Europa Occidental por el barbarismo en la última parte del siglo v detuvo todo progreso científico en medicina. La gente primitiva llevaba consigo creencias y

[2] Citado en *Four Thousand Years of Pharmacy*, de Charles H. LaWall, Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1927, p. 115.

prácticas primitivas. Los bárbaros destruyeron libros, trastornaron la higiene pública e hicieron desgraciada la vida del individuo que deseaba dedicarse al estudio. Si podían, los individuos estudiosos de todas las profesiones huían a Constantinopla, en donde la ciencia prosperaba todavía y las condiciones de vida habían sido poco alteradas. Y si no podían, buscaban la paz susceptible de encontrarse en los monasterios.

En Occidente, los monasterios y las grandes propiedades feudales no pudieron extenderse inmediatamente hasta su organización final cual entidades sociales. Mientras tanto, inclusive las medidas en vista de la higiene pública adoptadas por los romanos mediante las cloacas, los sistemas de agua y los baños fueron ignoradas, y tales servicios fueron destruidos o se permitió que cayeran en el desuso. Se perdieron de vista las enseñanzas de Hipócrates y Galeno, y se restablecieron en el tratamiento de la enfermedad los talismanes, encantamientos, amuletos, la astrología y todos los medios primitivos de tantas procedencias cuantas eran las razas.

En los monasterios, los monjes y las monjas, que se enfrentaban a la tarea de prestar atención médica a grandes números de personas enfermas fuera de sus recintos, habían de encontrar alguna manera de hacerlo. Los manuscritos que conseguían eran copiados, empleados en la enseñanza y guardados. Se compilaron libros de recetas, de plantas útiles a título de medicina y de los remedios de uso corriente en los hogares. Los fundamentos procurados por Hipócrates y Galeno se salvaron en parte, pero no se produjo otro progreso alguno de carácter científico.

Y en la división oriental del antiguo Imperio Romano, el interés en la ciencia se veía poco afectado por los acontecimientos de Occidente. Los estudiantes judíos seguían llevando la medicina a diversas partes del mundo conocido. La traducción de los escritos médicos al árabe permitía a los musulmanes devolver la enseñanza médica a Europa a través de España. El avance ulterior de la medicina se veía impedido, tanto bajo la influencia musulmana como la cristiana, por las restricciones impuestas a la disección humana.

Se hacía muy poca distinción entre la medicina y la enfermería. El noviciado, servido tanto por monjes como por monjas, anticipaba el curso probatorio o preclínico de las escuelas modernas de enfermería. Las monjas estudiaban las mismas obras que los monjes, y en las instituciones monásticas trataban o atendían a las mujeres, en tanto que los monjes trataban o atendían a los hombres. Unos y otras se inspiraban en un ideal de ardua labor cual labor cristiana y, al igual que San Jerónimo, Paula, Fabiola, Marcela y otros ascetas famosos que no rehuyeron tarea alguna, por desagradable que fuera, expiaban pecados y experimentaban una elevación personal al servicio de Dios a través del servicio del hombre.

El aislamiento de los señoríos feudales y de los grupos monásticos, juntamente con un cese total de los viajes, mantuvieron a aquéllos libres por algún tiempo de las epidemias periódicas de la peste. Las enfermedades de la piel, debidas a una dieta inadecuada, dominaron y se confundieron a menudo con la lepra. Ya desde los tiempos de Jesús había despertado la lepra la simpatía de los cristianos. San Basilio había dispuesto su separación de otros pacientes en el xenodoquio. En la historia de la Iglesia occidental se mencionan los lazaretos en el siglo VI y, andando el tiempo, aumentaron con la extensión de la enfermedad. Sin embargo, la figura patética del desterrado de la humanidad, obligado a advertir de su presencia a los demás por medio de un cuerno o una campanilla, constituía una visión familiar que tocaba el corazón de reinas y caballeros, los cuales se apartaban momentáneamente de su camino para dar al leproso una limosna.

A medida que una parte de la población se retiró en unidades protectoras aisladas, la diaconisa, enfermera de los días pasados, ya sólo tenía oportunidad de realizar su labor de vez en cuando. Los peligros de la vida, una vez desaparecida la protección romana, hubieron sin duda de idealizar la seguridad

del convento. La doncella de la Edad Media que pudo haber sido una diaconisa, se hizo monja. Y el monasterio llevó a la enfermería también al joven adulto. La monja y el monje, ante todo, se convirtieron en los enfermeros de la sociedad occidental durante los primeros tiempos de la Edad Media. Con el advenimiento del feudalismo, la señora del castillo, ayudada por las enseñanzas de enfermería heredadas de su madre, prestaba el mismo servicio a los enfermos de la hacienda de su señor. Atendía o vigilaba la atención de los enfermos de su familia y entre los arrendatarios y los siervos.

En los gremios, fondos generales reunidos entre los miembros proporcionaban asistencia de enfermería a aquellos que la necesitaban y, con el tiempo, aquellos construyeron y sostuvieron hospitales. El aislamiento de éstos y de los grupos feudales impuso forzosamente a cada uno la tarea de atender a sus enfermos. La carga de la caridad pública y la atención de enfermería de los pobres se fueron traspasando gradualmente a los monasterios, si bien se conocen tres hospitales famosos construidos fuera de los muros monásticos. Fueron éstos el Hôtel Dieu de Lyon, en 542, el Hôtel Dieu de París, de 650, y el Santo Spirito, de Roma, en 717 d. J. C. Una mancha de luz, en medio de la obscuridad general que rodeaba la práctica médica, fue el nacimiento de la primera escuela de medicina en *Salermo*, Italia, en donde algunos individuos, y algunas mujeres también, ayudaron a inaugurar un retorno a la verdad.

Sugestiones para estudio

1) a) Descríbanse las condiciones de principios de la Edad Obscura que hicieron necesario buscar la protección de una institución establecida. b) ¿A cuáles entidades cooperativas podía recurrirse para obtener ayuda?
2) Al que ingresaba como novicio en un monasterio de benedictinos, ¿hacia cuáles tipos de actividad se le dirigía, y cuáles eran algunos de los principios éticos que había de aprender?
3) Compárense el novicio y el noviciado de los monasterios medievales con la estudiante preclínica y el periodo preclínico de la escuela de enfermería.
4) Compárense las tres etapas de servicio que seguían al noviciado con las que siguen al periodo preclínico.
5) ¿Cuál era la actitud de San Benedicto frente a la atención de los enfermos?
6) Examínense las mujeres de vida monástica desde los siguientes puntos de vista: a) posición social; b) autoridad y posición de las abadesas, y c) forma de vestir.
7) Explíquese la afirmación de que las artes, la enseñanza la religión, la medicina y la enfermería fueron conservadas durante los tiempor agitados de la Edad Media por los monasterios.
8) Señálese una relación posible entre la cofia de la enfermera y el velo, cual parte del vestido femenino.
9) Si hubiéramos pertenecido a una familia campesina en una hacienda medieval, ¿a quién nos habríamos dirigido para atención en caso de enfermedad?
10) Expóngase de qué manera la guerra continua practicada por los señores feudales conducía a la desnutrición y la enfermedad.
11) Compárense los gremios de la Edad Media con los sindicatos de trabajadores y las organizaciones profesionales actuales.
12) ¿Cómo se originó el nombre del grado de "Maestro de Artes"?
13) ¿Cuáles circunstancias condujeron al establecimiento del Islam como religión rival del cristianismo?
14) ¿Cómo afectó la conquista de un vasto territorio por los musulmanes la práctica dominante de la medicina y la enfermería?
15) Examínense la medicina y la enfermería de los primeros siglos de la Edad Media.
16) ¿Por qué se considera que nuestro sistema de enseñanza de la enfermería se relaciona con el sistema del aprendizaje?

17) Haga el lector su propia adaptación de la gráfica de la página 123 y añada una línea de puntos para indicar la tendencia general en materia de medicina.

Bibliografía

Davis, Williams Stearns: Life on a Mediaeval Barony. Nueva York, Harper & Bros., 1923.

Hartman, Gertrude: Mediaeval Days and Ways. Nueva York, The Macmillan Co., 1937.

Hayes, Moon, y Wayland: World History. Nueva York, The Macmillan Co., 1955.

Scott, Sir Walter: The Monastery. Nueva York, Funk & Wagnalls Co., 1900.

Thompson y Johnson: Medieval Europe. Nueva York, W. W. Norton & Company, Inc., 1937.

Wells, H. G.: Outline of History. Garden City, Nueva York, Garden City Publishing Co., 1931.

Zahm, J. A.: From Berlin to Bagdad and Babylon. Nueva York y Londres, D. Appleton & Co., 1922.

Capítulo 6

LA BAJA EDAD MEDIA

La sociedad se hace móvil

Desprendimiento de los individuos

El comienzo del siglo XI muestra a Europa Occidental conservando el primer plano del cuadro mundial por virtud de las dificultades que seguían asaltándola después que el monaquismo y el feudalismo la hubieron ayudado a dar los primeros pasos hacia un orden social nuevo y mejor. Había sido menos obvio que el agrupamiento organizado el proceso social de fusión de las razas por medio de casamientos que se habían proseguido por espacio de cinco siglos. Las mujeres bárbaras se habían revelado como de una influencia inesperada en cuanto a fomentar la causa del cristianismo, porque esta religión les gustaba. A medida que las mujeren fueron adoptando los ideales cristianos y cambiaron sus maneras, muchas de ellas estuvieron en condiciones de inducir a sus esposos a hacerse cristianos ellos también. En ocasiones, reinos enteros seguían las huellas de una reina que había apartado a su esposo de los dioses paganos; pero era prematuro todavía, con todo, esperar de ello más que un cambio parcial en la actitud de los bárbaros en general.

Mientras tanto, una parte del entusiasmo de los primeros días de los precursores había desaparecido de los monasterios. Los señores feudales habían detenido las invasiones bárbaras y libraban ahora una pequeña guerra entre sí, tanto para entretenimiento como para satisfacción de su ambición. El país entero se había dividido en un rompecabezas de pequeños reinos. Muchas personas hacían leyes, pero no había poder central alguno capaz de imponerlas. La Iglesia seguía siendo la influencia orientadora más eficaz.

PEREGRINACIONES A PALESTINA

Las peregrinaciones a lugares asociados a personas o cosas que tomaban un carácter sagrado a causa de su relación con determinadas creencias habían constituido desde siempre un medio de manifestar celo entre los adeptos de todas las religiones. Las peregrinaciones a Palestina, con su tesoro de recuerdos de la vida de Jesús, empezaron en el siglo I. San Jerónimo, Paula y otros, del siglo IV, hicieron esta peregrinación y prolongaron su estancia, con objeto de mejorar las condiciones para otros viajeros que desearan trasladarse a este país extranjero, creando hospicios cual lugares de albergue transitorio y atendiendo en hospitales a los que eran atacados por alguna enfermedad.

Los primeros tiempos de la baja Edad Media vieron una vez más peregrinos en gran número camino de Palestina. Los mercaderes italianos cosechaban ya los frutos económicos de una posición favorable sobre rutas de paso,

y vemos a este país proporcionando comodidades en sus puertos y estableciendo una inspección de los barcos para evitar hacinamientos. Es el caso, sin embargo, que el peregrino que había alcanzado un puerto italiano había ya superado probablemente peligros a los que otros viajeros habían sucumbido. En efecto, las carretetras a través de Europa eran no sólo pocas en número, sino que estaban además en mal estado y estaban infestadas de ladrones. Un viaje a pie constituía una aventura arriesgada. Los pocos hospitales dispersos existentes eran insuficientes para atender a los muchos que eran atacados por la enfermedad o a los que les fallaban las fuerzas.

Educación para la orden de caballería. Se manifiesta ahora una importancia aumentada concedida a la educación en vista de la orden de caballería, y ciertos ideales éticos van modificando cada vez más los objetivos militares del feudalismo. Se va desarrollando pacientemente una nueva concepción del carácter del caballero, concepción en la que las cualidades éticas se combinan con la hazaña física, en un ideal de realización gloriosa que pone el valor del bienestar general por encima de la ambición personal egoísta. Finalmente, el joven noble pasa por diversas etapas de progreso. Ceremonias cada vez más brillantes señalan este progreso hasta que, finalmente, a los veintiún años, el joven alcanza la meta de la caballería.

El estímulo hacia el servicio de los demás, que esta nueva forma de educación proporcionaba al caballero, fue dirigiendo sus energías cada vez más hacia la aventura de emprender un viaje a Palestina. Cada vez más, también, necesitaba el peregrino corriente su protección, ya que, con el advenimiento de condiciones más estables, el público en general empezaba a seguir nuevamente el instinto ambulante del hombre. Tanto el comercio en vías de reanimación como el entusiasmo religioso lo estimulaban. Los monasterios experimentaron un descenso de población, porque los menos aptos para soportar la monotonía de su aislamiento empezaban a dejarlos. El número de enfermedades y accidentes y el provecho de las bandas de salteadores de caminos aumentaron unos y otro con el tráfico por las carreteras bordeadas de bosque, porque los trayectos entre establecimientos eran largos y solitarios.

LAS CRUZADAS (1096 a 1271)

A principios del siglo XI, Arabia gozaba del prestigio de una potencia mundial. Al sur y al Este del Mediterráneo, todas las tierras pertenecían a los musulmanes, y también España había caído en su poder. A partir de 637 d. J. C., habían ocupado la ciudad de Jerusalén. Sin embargo, el imperio musulmán originario se había debilitado al dividirse en tres secciones, cada una de ellas bajo el gobierno de distinto califa. A su vez se vio atacado ahora por invasores del Turquestán, gente salvaje y feroz, que se apoderó de la división oriental y, con ella, de la ciudad santa del cristianismo: Jerusalén. Si bien adoptaron el Islam, los seldchuc-turcos, como se los llamaba, no mostraron la misma tolerancia de los demás musulmanes para con los cristianos. El mundo se vio inducido al odio y el terror de los turcos, y al aparecer éstos cerca de Constantinopla amenazándola con destrucción, el emperador del Imperio Oriental mandó a Occidente en demanda de auxilio.

En la sede papal de Roma había ahora un individuo enérgico, simpático, que combinaba los ideales de la caballería con la solemnidad severa del monasterio de Cluny del que anteriormente había sido monje. Urbano II respondió al llamado del Este reuniendo una asamblea de varios miles de personas en Clermont, en Francia. He aquí, en parte, lo que les dijo:

"Han llegado noticias ominosas desde los límites de Jerusalén y de la ciudad de Constantinopla. A menudo ya, antes de ahora, tales noticias han llegado a mis oídos. Una raza maldita, surgida del reino de los persas, un pueblo bárbaro enemigo de Dios ha invadido las tierras de los cristianos en Oriente y las ha despoblado a fuerza de incendios, hierro y saqueo. Estos invasores son turcos y árabes.

"Venid en defensa de Jesucristo. Oh, vosotros, que habéis luchado entre vosotros, venid a la guerra contra los infieles. Y vosotros,

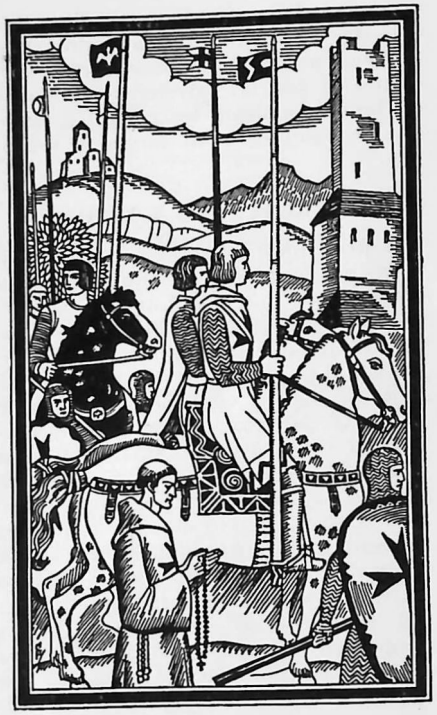


FIG. 25. Cruzados. (De Reinach, Salomon: *Orpheus — A History of Religions*. Nueva York, Liveright, Inc.)

que habéis sido ladrones, convertíos en soldados. Luchad en una guerra justa. Trabajad en vista de una recompensa imperecedera, vosotros que habéis sido asalariados, sirviendo por un exiguo sueldo.

"...y además, cualquiera que se disponga a participar en esta expedición y haga votos de unírsele, llevará el signo de la cruz en su cabeza o en su pecho".[1]

La notable elocuencia de Urbano movió su auditorio a tal punto, que, aun antes de que hubiera terminado, los oyentes se levantaron gritando *¡Dieu lo vult!* ("Dios lo quiere"). El Papa solicitó voluntarios, y a cada uno de éstos les entregó una cruz roja que, a título de soldado de Cristo, había de llevar sobre la cabeza o sobre el pecho. *Dieu lo vult* se convirtió en el grito de guerra y, en 1096, la primera de una larga serie de Cruzadas, o expediciones de los portadores de cruz, se puso en marcha hacia Jerusalén, con el propósito de rescatar la Tierra Santa para los cristianos. El romance confirió brillo a cada aventura, y un objetivo común unía a las clases. La caballería reforzó más todavía la expedición llena de colorido de la humanidad medieval. Los trovadores entonaban cantos; señores con sus caballeros cabalgaban por las carreteras en espléndidas monturas; cotas de malla tintineaban, y vistosas plumas flotaban arriba de los cascos que brillaban juntamente con escudos y espadas deslumbrantes. Más opaca en su indumentaria, y a menudo fatigada, una turba abigarrada de hombres, mujeres y niños avanzaba penosamente a pie por la carretera. Flotaban arriba de todos la enfermedad y la muerte, pero se las ignoraba por dos razones, a saber: el entusiasmo por la religión cristiana había alcanzado un punto culminante, y la gente se movía bajo el hechizo de un impulso espiritual común, sus corazones juveniles llenos de una fe infantil. Y al propio tiempo, esta inquieta familia de la Iglesia había experimentado por espacio de quinientos años la represión de su instinto innato de movimiento, de modo que no tardó en encontrar satisfacción en aquella carrera general incontrolable hacia el Este.

[1] Lamb, Harold: Las Cruzadas: Iron Men y Saints. Garden City, Nueva York, Doubleday, Doran & Co., 1930, pp. 39-41.

ORDENES DE ENFERMEROS MILITARES

En una época en que los bandidos infestaban las carreteras bordeadas de bosques y las precauciones sanitarias no se conocían o se negligían, las heridas y la enfermedad requerían pronta atención. Las cosechas fallaban a medida que los hombres abandonaban el campo o que cruzados hambrientos las arruinaban. La alimentación general era baja, y multitudes enteras estaban expuestas a enfermedades contra las cuales no habían adquirido inmunidad alguna. Centenares de miles murieron en el camino hacia Jerusalén. Se requerían más hospitales y enfermeros. Los xenodoquios y los monasterios existentes estaban lejos unos de otros y no estaban en condiciones de hacer frente a aquel agobio, pese a los heroicos esfuerzos en tal sentido. Y también en los monasterios se redujo la población masculina, porque muchos monjes buscaban la actividad de la aventura de las cruzadas.

El cristianismo y el feudalismo buscaron juntos una solución del problema. La Iglesia fomentó la construcción de hospitales, y oportunamente, las ciudades y poblaciones recaudaron fondos comunes para sostenerlos. Los caballeros feudales tomaron a su cargo una gran parte de la tarea de aliviar la enfermedad y la pobreza, tanto en Europa como en Palestina, y la enfermería experimentó el ingreso en sus filas de grandes números de hombres, porque se crearon hospitales enormes atendidos por grupos de *monjes-militares*. Inevitablemente, éstos llevaron a los hospitales sus ideales militares. Un cambio de personal hospitalario y de enfermería tuvo lugar primero en dos hospitales de Jerusalén, uno para hombres y otro para mujeres, los cuales, ya en 1050, habían sido financiados por la caridad pública para atender las necesidades de los peregrinos. Se llamaron, respectivamente, Hospital de San Juan de Jerusalén y Hospital de Santa María Magdalena.

Seculares al principio, estos hospitales acabaron formando parte de un monasterio en que monjes y monjas adheridos a la regla de San Agustín prestaban asistencia social y atención de enfermería. Y el espíritu de este personal era tan bondadoso —no hacían distinción alguna cuando se necesitaba ayuda entre amigos y enemigos—, que simpatizantes del mundo entero enriquecieron sus instituciones con numerosos donativos. Tempranamente en el siglo XII, la necesidad impelió a los monjes del Hospital de San Juan de Jerusalén a servir los intereses de los Cruzados en una forma poco usual. Montados en caballos, empezaron a salir del monasterio para ayudar en la batalla contra los musulmanes, y una vez pasado el peligro, volvían al hospital para proseguir su labor de enfermería. A causa de esta función doble de guerreros y enfermeros, se los llegó a conocer como los *Caballeros Hospitalarios*, u Ordenes Militares de Enfermería.

Durante los dos siglos de guerra que comprenden las Cruzadas, numerosas órdenes de caballeros hospitalarios atendieron necesidades cambiantes de los tiempos, como la de recoger a heridos y enfermos a lo largo de las carreteras, en estaciones de primeros cuidados o en hospitales. La Orden de *Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén* fue la más conocida. Otra orden famosa de hospitalarios tenía también su cuartel general en Jerusalén, en donde se había levantado un nuevo hospital en 1131 y había recibido el nombre de "Hospital de Santa María del Teutón". Los monjes que eran enfermeros en este hospital formaron la Orden de los *Caballeros Hospitalarios Teutónicos*. Y una tercera orden, igualmente famosa, de monjes enfermeros, limitó su actividad a la atención de los leprosos, tomando su nombre, el de la Orden de los *Caballeros de San Lázaro*, del Lázaro mencionado en el Nuevo Testamento cual objeto de la simpatía de Jesucristo.[2] Las instituciones conocidas como "lazaretos" se hicieron muy comunes. Muchos de sus empleados eran leprosos.

El monje-soldado había de ser por espacio de dos siglos una de las figuras sobresalientes de la sociedad humana. Sus actividades no se limitaron en modo alguno a Palestina, sino que las órdenes aquí originadas no tardaban en propagarse a Este y oeste. Se crearon también Ordenes de Hermanas Hospitalarias en conexión con algunos grupos. Llegaban a menudo a controlar dinero, tierras e inclusive principados, a través de legados de peregrinos agradecidos o de otros simpatizantes, y grandes hospitales en forma de fortalezas empezaron a levantarse doquier que se organizaba alguna de sus ramas.

La juventud de todos los países cristianos anhelaba la oportunidad de adherir a una actividad que despertaba la admiración de los jóvenes por el uniforme y su amor por la aventura, por lo caballeresco y por aquel sacrificio ascético del yo por el bien de los demás

[2] Lucas 16:19-31.

FIG. 26. Un Caballero Hospitalario de San Juan de Jerusalén. En armadura y con la túnica de la Orden sobre la coraza. Cuadro de la Capilla de San Juan en la Catedral de Siena. (Cuadro de Alberto Aringhieri, de Hume, Edgar Erskine: *Medical Work of the Knights Hospitallers of Saint John of Jerusalem*. The Johns Hopkins Press, Baltimore.)

que expresaba el alma de la religión en un tiempo en que el espíritu religioso dominaba a los individuos. Tal vez el primer signo externo de la influencia militar sobre los hospitales y la enfermería se manifestó en un ideal de uniformidad que se había ido formando gradualmente en los grupos monásticos. Al igual que todos aquellos que se unían a los Cruzados, las diversas órdenes llevaban la cruz del cristianismo. Sin embargo, para diferenciarse unas de otras, empezaron a presentar variaciones en la forma y el color. Por otra parte, su elección de vestidos y mantos contribuyó también a subrayar esta diferenciación necesaria. La diversidad de esta indumentaria y de sus accesorios ejercía el mismo vivo encanto que ejerce actualmente la diversidad de los uniformes militares o de enfermería.

PROBLEMAS SOCIALES MEDIEVALES

El siglo XIII empezó con agitaciones de cambio. Las Cruzadas, que duraban desde hacía ya un siglo, habían llevado aparejada la desintegración progresiva de aquellas pequeñas entidades protectoras formadas para la defensa contra el barbarismo. Con la dispersión de la población y la liberación de los esclavos, y a menudo también de los siervos, grandes números de individuos desorientados se encontraron sin protección. Se requerían nuevos conceptos de la jefatura religiosa y del gobierno civil a medida que el monasterio y la propiedad feudal iban declinando, centrándose un mayor poder en los reyes. Una aceleración repentina en el crecimiento de las ciudades con fuertes mercantiles, una independencia juvenil y la desenvoltura moral del "auge" vinieron a poner de manifiesto un cambio en las necesidades.

Por varios siglos antes de las Cruzadas, la vida interior de muchos monasterios se había acercado a un estado de decadencia. Los días primeros de ardua labor habían sido reemplazados por la riqueza ganada mediante el aumento del valor de la tierra y mediante donativos. Se había realizado una gran tarea misionera, y los días de los precursores quedaban muy atrás. Los monjes abandonaban el trabajo manual por otros quehaceres, y los abades se convirtieron en políticos que disfrutaban los privilegios de grandes señores y rivalidaban, en cuanto a la pompa y el lujo de su modo de vida, con los reyes. Si bien el estudio logró conservar su puerto en algunos monasterios, resulta, con todo, que una discriminación insuficiente en la selección de monjes y monjas reemplazaba a menudo la diligencia y la austeridad por el ocio y la ligereza. Lo mismo que entre nuestros modernos hospitales y escuelas de enfermería, había grupos que mantenían normas elevadas, en tanto que otros atraían más bien la crítica sobre la institución social conjunta a la que debían su origen.

La opinión pública se volvió gradualmente contra una institución que parecía dedicarse más bien a fines privados que públicos, y la gente empezaba a criticar a la Iglesia que aquélla representaba. Los esfuerzos en vista de la corrección de abusos tendían hacia una disciplina más estricta e intentos de retorno a una vida de ascetismo. Se realizó, sin duda, algún progreso, pero es lo cierto que los tiempos requerían algo más que el restablecimiento de la austeridad en el monasterio. Faltaba todavía una influencia en la vida cotidiana de las masas que había de contribuir a enderezar un mundo que había cambiado desde el siglo VI: una sociedad más confusa inclusive en cuanto a sus necesidades que aquella que hubo de encontrarse a sí misma después de la caída de Roma.

Otro problema medieval de gran magnitud era el control de la lepra. Durante los siglos en que la gente del Occidente había estado congregada en grupos inmóviles compactos, separados unos de otros por distancias considera-

FIG. 27. Un Caballero Hospitalario de San Juan en hábito conventual. Cuadro de la Capilla de San Juan en la Catedral de Siena. (Cuadro de Alberto Aringhieri, de Hume, Edgar Erskine: *Medical Work of the Knights Hospitallers of Saint John of Jerusalem*. The Johns Hopkins Press, Baltimore.)

bles, la enfermedad había estado en cierto modo bajo un control natural. Pero cuando las masas se pusieron en movimiento por efecto de las Cruzadas y de la actividad mercantil subsiguiente, las infecciones tanto agudas como crónicas aumentaron. Una y otra vez se abatían sobre la sociedad epidemias cada vez más graves y, entre las enfermedades crónicas, la lepra, u otras confundidas erróneamente con ésta, se iban extendiendo de día en día. Los Caballeros de San Lázaro se proponían ahora crear muchos más de sus hospitales para leprosos, pero la insuficiencia para enfrentarse con lo que se había convertido en un inmenso problema social seguía, con todo, siendo manifiesta.

Una política cruel de separación de los leprosos se había convertido en popular. El leproso era un desterrado social que no tenía ninguno de los derechos de los demás hombres. Oficialmente estaba muerto, y la Iglesia leía a su intención una misa de difuntos. No tenía hogar, pertenencias, familia, medio alguno de ganarse la vida. Privado de las necesidades inclusive más elementales de la vida, había de arreglárselas sin imponer el triste espectáculo de su miseria inclusive a aquellos que podrían ayudarle. Cada vez que se acercaba a un ser humano, había de tocar una campana, hacer resonar un corno o gritar la palabra advertencia de "impuro". Su suerte encontraba compasión aquí y allá, e individuos de los grupos noble o real habían hecho mucho para aliviarlo. En cuanto problema de salubridad pública, seguía constituyendo una amenaza.

Dos otros problemas sociales graves relacionados más o menos con el problema de la atención médica eran el *infanticidio* y el *niño huérfano o abandonado*. El número trágico de muertes adultas por causa de guerra o enfermedad dejaba a multitudes de niños sin hogar. Prevalecía un relajamiento moral que se veía estimulado por una situación prolongada de guerra, con su secuela inevitable de niños ilegítimos. Los niños eran abandonados a menudo en zaguanes o en avenidas. Los padres no necesitaban temer la ley. Tiempos rudos hacían huérfanos por millares. Niños pequeños vagaban de un lado para otro cual mendigos sin hogar. El niño abandonado de los tiempos primitivos y medievales sufría terriblemente. Se lo podía recoger y vender por dinero, con lo que estaba a merced de los traficantes de esclavos.

ADVENIMIENTO DE LAS ORDENES MENDICANTES

Durante la baja Edad Media un desarrollo peculiar de la idea monástica halló expresión en cuerpos misionarios religiosos ambulantes, comprometidos a vivir en una pobreza literal. Cual exponentes de los ideales cristianos, sus adeptos no vivían separados del mundo de los hombres, sino que lo recorrían descalzos. Estaban sujetos a la incertidumbre de haber de obtener su alimento mendigando, y esta práctica les valió el nombre de *Ordenes Mendicantes*. El ascetismo de los Mendicantes consistía en un sacrificio de deseos personales y devociones del yo en beneficio de los demás, pero sin retraimiento con respecto al mundo. Las autoridades eclesiásticas sancionaron esta innovación, que reforzaba la fe de pueblo en el cristianismo manteniendo ante sus ojos el ideal de la vida cristiana.

Condiciones cambiadas produjeron casi simultáneamente en España y en Italia dos jóvenes líderes sociales que prepararon el camino para cosas mejores. Ambos llevaron la religión directamente entre el pueblo, viviendo en medio de éste cual monjes mendicantes, y uno de ellos estimuló además un movimiento de interés público por lo que se refiere a la lepra. Fundaron las Ordenes Dominica y Franciscana de la Iglesia.

Santo Domingo (1170-1221), de la noble familia de los Guzmán, cuyo castillo se levantaba en una aldea de Castilla, renunció a su proyecto de hacerse monje en algún monasterio. Una carestía en España y la miseria de ella resultante le brindaron la oportunidad de servir a la masa de los pobres mediante un contacto más directo. Siguió manteniendo la esperanza de devolver al redil de la Iglesia a los que habían sucumbido a influencias antirreligiosas activas entre aquéllos. Individuos de su misma manera de pensar, y también mujeres, se agruparon a su alrededor y llegaron a ser conocidos como *Dominicos*. A éstos los mandó al extranjero cual predicadores ambulantes, tratando de conseguir, mediante predicación y ejemplo, que el cristianismo fuera la religión única.

San Francisco de Asís (1182-1226), en cambio, pertenecía a la clase media que acababa de salir de una sociedad que sólo había conocido dos clases, la nobleza y los esclavos o siervos. Su padre fue uno de los mercaderes que se benefició del renacimiento del comercio consecutivo a las Cruzadas. La familia reunió cierta fortuna en el negocio de la venta de telas, terciopelo y bordados, y el hijo, al llegar a una edad apropiada, ayudaba a disponer la tienda en el mercado de Asís, en la Italia Central. La leyenda nos cuenta que, mientras estaba atendiendo a un cliente, se presentó un mendigo pidiendo limosna. La cortesía quería que el vendedor atendiera al que había llegado primero, y el pobre se fue impaciente. Tan pronto como pudo, el muchacho, de corazón bondadoso, salió corriendo a través de las calles tortuosas para encontrar al mendigo y compensarle pródigamente por la falta de bondad que le parecía haber mostrado.

Lo mismo que muchos otros hijos de padres que trabajan laboriosamente para reunir una fortuna, San Francisco no tenía un sentido muy despierto del valor del dinero, ni quería dedicarse a aquel tipo monótono de negocio. Finalmente, su irresponsabilidad juvenil le condujo a romper abiertamente con su padre, quien le prohibió que volviera a servirse nunca más del nombre de la familia. Y fue entonces que San Francisco abandonó el hogar para vivir como un solitario en los bosques, dedicado al servicio de Dios. El cordial muchacho, al que gustaban las flores y los árboles, no tuvo mucha dificultad en ser feliz, cantando con los pájaros y haciéndose amigo de todos los animales silvestres. San Francisco se atareó reparando la iglesia local, ganando lo poco que necesitaba para vivir efectuando cualquier trabajo que se presentara, y encontraba tiempo además, de dedicarse al servicio de una pequeña colonia de leprosos que había allí cerca. Pasaron tres años, y la vida de Jesús seguida al pie de la letra se convirtió en su ideal de vida. Estaba animado de la decisión de ayudar a todos los hombres a compartir con él de buena vida y a procurar la paz a aquellos tiempos tan poco pacíficos.

Se le juntó un amigo mercader y luego un empleado eclesiástico. Decidieron salir entre la gente, y San Francisco estableció inconscientemente un hábito histórico al vestirse humildemente con una túnica burda de campesino, de lana, atada alrededor de la cintura con un pedazo de cuerda. Los otros dos, con igual humildad, se obligaron a una vida de suprema pobreza y al servicio de los pobres. Toda vez que había tantos leprosos, miserables y negligidos, y toda vez, también, que la tarea de atenderlos era tan sumamente desagradable, aquellos individuos decidieron dedicarse a la atención de este grupo. Muchos lazaretos deben su existencia a los esfuerzos de los *Hermanos Menores*, o Hermanitos, según San Francisco llamaba al grupo que seguía reuniéndose a su alrededor. Cuando hubieron alcanzado el número de doce, se trasladaron todos a Roma, en donde la recepción de la sanción pontificia dio a la *Orden Franciscana* un lugar en la Iglesia. Cada uno de estos individuos aceptó la tarea de ir de lugar en lugar, predicando por el camino y realizando, según el caso, la labor de un reanimador de la religión, de enfermero o de asistente social.

Vestido uniforme. El vestido dominico era de lana blanca, con un manto negro provisto de una capucha con la que podía cubrirse la cabeza, cuando era necesario, proporcionando calor. Este manto es el que hizo que se conociera popularmente a los hermanos como *Frailes Negros*. El hábito de los franciscanos, en cambio, era la misma túnica ruda suelta de campesino, de lana, con un cinturón de cuerda que el propio San Francisco había revestido espontáneamente en una ocasión. Su color podía ser o pardusco o grisáceo, y de ahí que a sus portadores se les lla-

mara *Frailes Grises*. Los Frailes Grises se fueron extendiendo cada vez más allá por el país. Se reunía a los leprosos, se les rodeaba de simpatía, y algunas veces se los llegaba a curar. En tanto que el aislamiento sin atención no había logrado frenar el progreso de la lepra, los franciscanos, en cambio, contribuyeron en gran parte a un movimiento de salubridad pública que ha conducido a un control casi universal de la enfermedad.

La segunda Orden de San Francisco. En tanto que jóvenes españoles, jóvenes italianos y otros jóvenes de la Europa medieval abandonaban sus hogares para unirse a las Cruzadas, a las órdenes militares o a las hermandades, ¿fueron acaso dejando atrás a las jóvenes mujeres, igualmente entusiastas y atrayentes? Muchas clases de mujeres siguieron la corriente hacia Jerusalén; las mujeres se hicieron enfermeras en todas partes en las filas de los hospitalarios, y las mujeres no tardaron en unirse a los dominicos cual maestras y a los franciscanos cual enfermeras, si bien no les estaba permitido mendigar. Una joven amiga de San Francisco provenía asimismo de Asís. Bella, una dama de la clase noble y de 17 años solamente de edad, *Clarisa* esperaba con infantil impaciencia nuevas de la labor con los leprosos. Sus padres, vigilantes, habían dispuesto un casamiento para ella y no estimulaban interés alguno que pudiera convertirse en deseo de ser enfermera; pero la hija veía a San Francisco de vez en cuando y había decidido ya en su fuero interno abandonar el mundo para trabajar para Dios.

En la terrible obscuridad de la noche en la Asís medieval, Clarisa se fue de la casa de sus padres y encontró el camino hacia una pequeña iglesia que debía su restauración al entusiasmo de su buen amigo. Francisco y sus adeptos, a la luz de antorchas, estaban elevando allí sus corazones en la plegaria. Hubo de ser con algún temor de las consecuencias que dieron a Clarisa la bienvenida en su grupo, pero el propio San Francisco la consagró en el altar y cortó su bella cabellera, para estimular su humildad. Se despojó de sus joyas y del vestido valioso llevado por las muchachas de su condición, y se cubrió, como los demás, con una túnica de lana ceñida por un pedazo de cuerda.

A continuación, Clarisa fue llevada a la seguridad de un convento benedictino de aquellos alrededores, en donde permaneció bajo la protección de las monjas hasta que los franciscanos estuvieron en condiciones de instalarla en una abadía propia suya. Esta resultaba estar junto a la pequeña iglesia donde había dedicado su vida al servicio de los pobres, servicio que había de proseguir por espacio de cuarenta años difíciles. Unas cabañas junto a esta iglesia eran llenadas con leprosos por los hermanos, y la atención de enfermería la proporcionaban Clarisa y un grupo de hermanas que se juntaron a su alrededor. Recibieron el nombre de las *Pobres Claras*, o segunda orden de San Francisco. La labor mendicante de los Hermanos Menores o Hermanitos abastecía a todos con alimentos. La juventud había descubierto lo que necesitaban los tiempos y se disponía a procurárselo.

ORIGEN DE LAS ORDENES SECULARES

La tercera Orden de San Francisco. Mientras las Ordenes Mendicantes eran bien recibidas, otros grupos de hombres y mujeres interesados en una vida religiosa sin aislamiento empezaron a surgir. A partir de fines del siglo XI habían ido apareciendo en diversas partes de Europa, y el término de "órdenes seculares" define ahora organizaciones religiosas de legos, hombres o mujeres, que no tomaban votos perpetuos y podían trabajar bajo la Iglesia o al margen de su autoridad. El personal se componía de ciudadanos que con frecuencia no dejaban ni sus hogares ni sus negocios para unirse a alguna comunidad determinada. En gran parte se identificaban con la enfermería en hospitales o en casas particulares y, en este último aspecto, su labor recordaba la de la diaconisa otrora amada, pero ahora casi olvidada por completo.

En Italia, la ola de fervor religioso entre los legos se convirtió, en una ocasión, en un asunto embarazoso para San Francisco. En efecto, en una de las poblaciones que atravesó, todo el mundo insistía en convertirse en Hermanito o Hermanita. Por mucho que le interesara reunir colaboradores, no pudo aceptarlos a expensas de la vida del hogar y con las consecuencias de los sufrimientos de la infancia. De ahí que rogara a los padres y las madres impulsivas que practicaran los principios de la vida cristiana sin dejar de atender a sus quehaceres acostumbrados, mejorando en esta forma las relaciones del hogar y la comunidad. Luego formó con ellos una orden secular y a llamó *Orden de los Terciarios*, porque éste representaba el tercer grupo entre sus seguidores.

Santa Isabel de Hungría. Se encuentran nombres famosos entre los Terciarios de San Francisco. Una de las primeras personas que se ligó a la misma al extenderse ésta más allá de los límites de la Italia natal fue *Santa Isabel* (1207-1231), hija de la casa real de Hungría. Bella e inteligente, esta joven dama había sido educada en la tradición de las buenas obras, y entre sus familiares había algunos que compartían el interés corriente por los leprosos. Afortunadamente, el casamiento a la edad de quince años la hizo esposa de un verdadero caballero que no le negó su simpatía cuando ella deseaba aliviar las cargas de los pobres a su alrededor. La ayudó a construir hospitales en su Alemania natal, y ella iba a las casas de los campesinos, en los alumbramientos, o a llevar comida a los hambrientos.

La bondad de Santa Isabel ha inspirado muchas leyendas. Con el tiempo éstas van cambiando, y la siguiente no es más que una de diversas versiones de un cuento popular. La belleza sobrenatural de alma que irradiaba de Isabel fue revelada milagrosamente a su esposo. Corriendo un día su manto a un lado para ver lo que llevaba debajo al disponerse a visitar a sus arrendatarios, vio una canasta de rosas. Las

FIG. 28. Santa Isabel de Hungría y un pordiosero. (*Miniature Stories of the Saints*, libro segundo, por el Rev. Daniel A. Lord, S. J. Publicaciones católicas.)

rosas estaban fuera de temporada, e Isabel misma había llenado la canasta de alimentos y, sin embargo, allí estaba, desbordando de las lindas flores que habían florecido para protegerla contra el dolor posible de su desplacer. Se dice que el noble caballero escogió una con reverencia, para llevarla todos los días de su vida como recuerdo de la bondad de su esposa.

Dificultades con parientes políticos que criticaban sus caridades como extravagancias, una separación obligada de sus niños y la muerte de su querido esposo en una de las Cruzadas, todo ello eran rasgos personales que tenían por objeto llamar la atención de Santa Isabel de Hungría más y más hacia las labores de enfermería y de asistencia social. Dos veces al día, tenía por costumbre visitar en los hospitales o en sus casas a pacientes de toda clase de enfermedades, porque no temía a ninguna. Daba baños, hacía vendajes quirúrgicos, alimentaba a los que no podían hacerlo por sí mismos y se deleitaba, ante todo, en la atención de los niños. La condolida joven mujer noble se conquistó para sí un lugar al lado de su amigo, San Francisco de Asís, y de las primeras diaconisas eclesiásticas, cual precursora de las enfermeras visitadoras y sanitarias de los tiempos modernos.

La obra de Santa Isabel de Hungría y de muchas de sus amigas o contemporáneas sirve para ilustrar el interés creciente en la labor caritativa por parte de las mujeres legas. Habla, indirectamente, de la introducción de una ocupación bien venida en la vida de muchas mujeres del siglo XIII. Durante más de cien años de guerras que seguían destruyendo a muchos millones de hombres, tanto por enfermedad como por la espada, la posibilidad de que la mujer siguiera dedicándose a su labor tradicional de administración del hogar se hacía cada vez más tenue. Las mayores perspectivas maritales estaban para ella en los monasterios, cuando no en el campo de batalla. Lo mismo que lo han hecho en tiempos posteriores, las mujeres salían en busca de nuevas ocupaciones.

"Béguines". Coincidiendo con el desarrollo de las órdenes seculares en Europa Central se produjo un desarrollo más pronunciado todavía en Flandes (actualmente Bélgica y partes de Francia y los Países Bajos) con el establecimiento de una comunidad modélica de mujeres legas de inclinación religiosa organizadas con carácter independiente. Dentro de un recinto tocando a la muralla de la ciudad de Lieja se levantó una iglesia a cuyo alrededor empezaron a surgir hileras de pequeñas casitas. Fueron a vivir en ellas unas mujeres llamadas *Béguines,* miembros de una orden que se remontaba al siglo VII, y designaron el nuevo establecimiento como *Béguinage.* Vivían juntas, tres o cuatro de ellas, en una de las casitas, y tomaban unos simples votos de castidad y obediencia. Sin embargo, algunas de las *Béguines* preferían permanecer con sus familiares en la ciudad, y la residencia en el Béguinage no era obligatoria. Ninguna de ellas hacía voto de pobreza o renunciaba a su propiedad, y todas eran libres de casarse, pero ninguna mujer casada vivía en la comunidad.

Las diligentes Béguines de Lieja empezaron con la ayuda del obispo a buscar trabajos que reportaran un fondo común para mantener alguna propiedad, para soporte de los miembros y para actos de caridad. Se dedicaron a coser, bordar, atender a los niños, enseñar y a otras tareas propias de la actividad femenina. Se inició la *enfermería domiciliaria* en los hogares vecinos, y las familias que estaban en condiciones de hacerlo pagaban por el servicio. Al añadirse un hospital a sus ocupaciones, las Béguines atendieron a los pacientes que no tardaron en llenarlo y, aquí también, cobraban unos derechos de los que podían pagarlos. Esta devoción entusiasta al servicio público por parte de miles de mujeres en tales centros tuvo su recompensa, y eran muchos los donativos que llegaban a la tesorería de la institución proporcionándole la posibilidad de una extensión cada vez mayor de su labor.

La fama de las Béguines se esparció, y sus comunidades de casitas o chozas aparecieron en otros lugares, tanto de Flandes como de otros países. Para fines del siglo XIII había doscientas mil de estas trabajadoras legas cuyos establecimientos se extendían a través de ciudades grandes y pequeñas, de modo que la gente de la ciudad pudiera alcanzarse en unos pocos días, en aquellos tiempos en que también los transportes y las comunicaciones eran tan difíciles, que la enfermera no podía estar más allá de una distancia fácil de andar. Esto hacía que algunos Béguinages fueran muy pequeños y que, en las grandes ciudades, su número pudiera ser de cuarenta o cincuenta. *Esta dispersión de las actividades médicas y de enfermería, y no su concentración, era el objetivo de la orden secular de las Béguines,* que alcanzó el auge de su eficacia durante el siglo XIV.

Hace mucho tiempo que los belgas aprendieron a confiar en esta orden secular en tiempos de dificultades nacionales, ya que, en muchas ocasiones, las Béguines asumieron obligaciones relacionadas con la distribución de vestidos alimentos y provisiones, tareas comprendidas actualmente en las funciones de los Servicios de la Cruz Roja. Siempre han estado dispuestas a proporcionar servicios especiales de enfermería en casos de epidemias o necesidad, y las dos Guerras Mundiales las vieron activas, una vez más, entre los soldados. Sus chozas constituyen un monumento a un pequeño grupo de nobles e ingeniosas mujeres quienes, hacia fines de la Edad Media, abrieron una avenida a un servicio útil para miles de mujeres.

GANANCIAS Y PERDIDAS DE LOS CRUZADOS

Tres años después de haber abandonado sus hogares, los primeros Cruzados estaban en posesión de Jerusalén. La Cruz, emblema del cristianismo, suplantaba la Media Luna, emblema del Islam. Los cristianos mantuvieron su conquista por casi un siglo, pero en 1187 la ciudad fue tomada por *Saladino,* un musulmán cultivado de origen armenio que mostró la suficiente benignidad para permitir que aquellos que pudieran pagar un rescate y sufragarse los gastos del viaje volvieran a Europa. Varios miles de sus prisioneros fueron liberados. Los peregrinos ya no estaban excluidos de la Ciudad Santa, y algo se hizo para mejorar las condiciones de los que seguían emprendiendo el viaje.

CAMBIOS SOCIALES RELACIONADOS CON LAS CRUZADAS

Muchos cambios pudieron observarse en la sociedad occidental después de doscientos años de guerras religiosas. Algunos de ellos fueron consecuencia de la evolución natural de las cosas, pero otros, en cambio, resultaron directamente de la mezcla de pueblos y del contacto de una civilización joven con otra ya madura. Los europeos semibárbaros de varias razas aprendieron mucho unos de otros al emprender juntos una tarea común. Inevitablemente, todos ellos se vieron afectados por las influencias refinadas que emanaban de la cultura imperial oriental, que no había sufrido revés alguno del tipo experimentado por el imperio occidental.

La magnificencia de una gran ciudad como Constantinopla deslumbraba a aquellos viajeros cuando la atravesaban, lo mismo que la eficacia comercial de ciudades como Venecia, Génova, Pisa, etc. Por supuesto, se asimilaron ideas de arte, de gobierno y de comercio. En las lejanas regiones orientales se encontraron con gente que sabía muchas cosas que ellos no sabían, y muchos de aquéllos se rezagaron en Palestina, para establecerse allí al lado de musulmanes y judíos. Estos cruzados aprendieron una tolerancia en materia de religión y de diferencias raciales que estaba en contradicción con las ideas que los habían llevado a Palestina. Se produjeron algunos casamientos mixtos entre el Este y el oeste.

La compra y la venta eran inseparables del movimiento de pueblos y proporcionaban estímulo al comercio. Los viajeros aprendieron a servirse de nuevos artículos y a apreciarlos. La demanda de artículos de lujo aumentó, y muchos artículos de lujo no tardaron en convertirse en necesidad. La Europa

Occidental deseaba sal y especias, sedas, muselinas finas, alfombras lujosas y frutas raras, exactamente del mismo modo que la gente de hoy quiere automóviles y toda clase de aparatos eléctricos.

Los tenderos, como el padre de San Francisco de Asís, se hicieron ricos y cobraron conciencia de la independencia que la riqueza les confería. Cual grupo iban formando aquello que pronto había de conocerse como "clase media". En las poblaciones y ciudades, que crecían rápidamente a medida que dichos individuos promovían el desarrollo de industrias, la clase media aprendió gradualmente a hacer sentir su voz tanto en el gobierno como en los negocios. Los gremios, que protegían a antiguos campesinos o siervos a los que los nuevos industriales empleaban ahora como obreros, alcanzaron un alto nivel de organización. Tanto el abad del monasterio como el señor feudal sufrieron una reducción considerable de poder por parte de un grupo urbano que aprendía a ver en el rey el guía en los asuntos civiles.

Ya en 1215, la doctrina del individualismo, o de la determinación de las normas de cualquier grupo social por los individuos que lo forman, era lo bastante fuerte como para oponer la voluntad del pueblo a la voluntad de *Juan, rey de Inglaterra,* y obligarle a firmar la Carta Magna. En este documento, aquél reconocía determinados derechos como propios de todos sus súbditos y, al hacerlo, hubo de abandonar cualquier ilusión que abrigara de gobernar como monarca absoluto.

Gobiernos nacionales no tardaron en suplantar los gobiernos eclesiástico y feudal, y los reyes se hicieron responsables ante el pueblo. Individualismo, nacionalismo y democracia se convirtieron en parte del desarrollo social occidental como resultado de cambios sobrevenidos durante las Cruzadas. Estos cambios afectaban todas las instituciones. El Este enseñó a los mercaderes occidentales métodos mejorados de finanzas, y surgieron grandes sistemas bancarios. El éxito en los negocios estimuló los sueños de individuos aventureros que deseaban ir a buscar en la misma fuente las cosas que Europa había aprendido a apetecer.

Para el siglo XIII, el mundo occidental había alcanzado los comienzos de una gran era de descubrimientos. En 1271, dos hermanos de una familia veneciana llamada Polo, que habían estado ya en China, volvieron a emprender el viaje. Uno de ellos se llevó consigo a su hijo, Marco Polo, muchacho de diecisiete años que emprendió animoso todas las aventuras de un largo y peligroso viaje que había de culminar en la residencia por espacio de diecisiete años entre los chinos. Fue como prisionero de guerra, poco después de su retorno a la Venecia natal, que Marco contó a un compañero de cautiverio las aventuras de sus viajes. El relato fue puesto en forma de libro, y su información de primera mano de tierras exóticas sirvió de estímulo para muchos individuos aventureros de Europa. Dos siglos más tarde, el libro cayó en manos de Cristóbal Colón.

LA CABALLERIA INFLUYE SOBRE LA POSICION DE LAS MUJERES

A pesar de la independencia y la posición alcanzadas por un pequeño número de abadesas y de la función ejecutiva impuesta a menudo a la señora feudal, durante la Edad Media las mujeres se fueron haciendo en conjunto cada vez más serviles en su actitud frente al hombre. La libertad de acción que se había manifestado en la antigua Roma se desvaneció. Sin embargo, a partir del momento en que los caballeros empezaron a atarearse con las Cruzadas, una influencia espiritual, mezcla de sentido moral, de cortesía y de romance empezó a suavizar la rudeza de los tiempos. Francia la llamó *caballería,* y los *trovadores* la fomentaron cantando a su propósito. A salas o jardines de castillos y al verdor de las aldeas llevaron música y poesía de guerra y de valientes, de primavera y flores, de bellas, bondadosas y atractivas mujeres que poseían el amor imperecedero de nobles caballeros.

La mujer de la Edad Media, todavía medio salvaje como su marido, empezó a darse cuenta al escuchar tales cantos que podía desarrollar cualidades comparables a las de aquel ideal de caballería. Amabilidad, el encanto de la cortesía, la gracia del movimiento y la belleza del vestido se hicieron más importantes, y si bien siglos después debería seguir aceptando su suerte en un matrimonio sin elección, es lo cierto, con todo, que el periodo de las Cruzadas marca para la mujer los comienzos de algo nuevo. Aprendió la posibilidad de darse a sí misma, en lugar de ser tomada por esposa. Fue conducida a un sentido de amor romántico, con valores espirituales susceptibles de conferir color y encanto al casamiento, inclusive si éste seguía siendo para ella una necesidad económica.

Considerándolo todo, la mujer tenía pocas probabilidades de felicidad durante la Edad Media. Si eludía el matrimonio y era religiosa, buscaba un convento. A cualquier clase de la sociedad que perteneciera, un arduo trabajo constituía su suerte. Siempre, un niño seguía a otro, en una procesión sólo detenida, por lo regular, por su propia muerte prematura. Para su atención, al nacer aquéllos había de aceptar a la comadrona en lugar del médico. La apreciación de la mujer por el marido se basaba en el número de sus hijos. Si sobrevivía para criarlos, era tan ignorante de la higiene infantil y del saneamiento del hogar, que una nidada de quince o más podía reducirse a dos o tres, habiendo de contemplar aquélla, impotente, cómo se le morían uno tras otro.

GRANDES PESTES DEL SIGLO XIV

Después de la caída de Roma, el aislamiento de aquellas entidades en las que los individuos se habían juntado para su protección mutua había prestado al grupo una defensa casi completa contra las infecciones de fuera. Pero a medida que dichas entidades fueron pasando gradualmente por una etapa de desintegración, las enfermedades contagiosas aumentaron. Los viajes y la guerra ponían a los individuos en contacto con enfermedades contra las cuales no habían adquirido inmunidad alguna. Cuando con los cambios industriales las familias se amontonaron en las ciudades, la desnutrición aumentó la gravedad de un problema que dependía tanto del crecimiento urbano como del abandono del campo y la pérdida de las cosechas. Las epidemias se hicieron frecuentes, alcanzando en ocasiones la etapa pandémica.

Si nos detenemos a considerar el mecanismo complicado empleado hoy para el combate de las enfermedades contagiosas, no resultará difícil comprender cuán indefensa se encontraba la gente de la Edad Media cuando aquéllas se presentaban. El laboratorio se ha convertido ahora en el núcleo de un gran sistema de diagnóstico, prevención y tratamiento. Un ejército de empleados de salubridad protege al público de hoy en día, y los departamentos de salubridad vigilan el cumplimiento de las leyes sanitarias. El viaje entre países está sujeto a restricciones de cuarentena. Se hace un esfuerzo enorme para difundir la información relativa a la prevención y la cura. Y pese a toda esta protección, los hombres de ciencia saben perfectamente que, inclusive hoy, sus mejores esfuerzos pueden verse frustrados a causa del carácter falible del elemento humano.

La gente de la Edad Media no contaba con ninguna de estas fuerzas protectoras, y eran pocos los que escapaban a la enfermedad contagiosa cuandoquiera que ésta se presentara en la comunidad. Nada tiene de sorprendente, pues, que el terror se apoderara de cualquier grupo en el que hacía su aparición una enfermedad de virulencia mortal. Viruela, peste bubónica, tifus, tuberculosis pulmonar, gripa, erisipelas, ántrax, tracoma y lepra, todas estas enfermedades eran harto conocidas. Esta última se confundía a menudo con la sarna o psoriasis. Ataques repetidos de histeria de masa y la corea epidémica conducían a la inclusión de la epilepsia entre las enfermedades contagiosas.

En 1348 apareció una terrible epidemia de peste bubónica, conocida popularmente como la *Muerte Negra,* a causa de las obscuras manchas hemorrágicas que aparecían bajo la piel de

sus víctimas. La enfermedad había atravesado ya Asia y Africa antes de llegar a Europa, y se calcula que las muertes que ocasionó hubieron de ascender, finalmente, a una cuarta parte de la población total de la tierra. Cuando la epidemia empezaba en la Europa medieval, la gente o se encerraba o huía. La enfermedad revestía un carácter tan agudo, que las víctimas rara vez resistían más de tres días. La mayoría de los enfermos morían sin atención médica o de enfermería alguna. Se los enterraba en grandes pozos, o se los echaba al río o al océano, que con cada marea devolvía cadáveres infestados.

Nada tiene de sorprendente que, en el siglo xv, las muchedumbres de Europa, descendientes de las que por espacio de siglos habían experimentado penalidades como la guerra, la carestía y la enfermedad, desarrollaran trastornos emocionales de muchas formas, incluida una *manía danzante* que se extendió por las ciudades y el campo. Doquier, a todo lo largo y todo lo ancho de Europa, grupos de gente empezaban a danzar. Bailaban cada vez más rápido, hasta que de repente hacían una contorsión, echaban espuma por la boca y caían, finalmente, exhaustos. San Vito fue escogido como santo patrón de estos danzantes ambulantes, que abandonaban sus hogares y sus familiares para seguirse unos a otros. La enfermedad se ha diagnosticado desde entonces como corea, o Mal de San Vito.

Aproximadamente al mismo tiempo, una enfermedad virulenta, de la que ahora se supone que fue la gripa y se designó en su tiempo como *enfermedad del sudar,* empezó en Inglaterra y se extendió por el Continente. Murieron nuevamente grandes cantidades, y la atención recibida por muchos precipitó el fin. Se creía entonces corrientemente que, para tener alguna probabilidad de salvarse, el paciente había de sudar ininterrumpidamente por espacio de veinticuatro horas. Se cerraban puertas y ventanas estrictamente, se mantenía encendida la estufa, se amontonaban adredones y pieles sobre el paciente y, para asegurarse que no se movieran, las sábanas se cosían a la cama. Las personas que atendían al enfermo se sentaban a su lado con el encargo de mantenerlo despierto, de modo que conservara sus sentidos, y dichas personas hacían todo lo que podían para ello, llegando inclusive a azotarle con una rama o echarle vinagre en los ojos. "De una vez para todas, el paciente no ha de salirse con la suya; lo que quisiera que hiciérais por él, esto no debe hacerse".[3]

Había algunos médicos ocasionales que condenaban dicho tratamiento, y algunos que consideraban que la vida irregular y el comer con exceso afectaban la resistencia. Algunos inclusive llegaban a recomendar aire fresco y menos ropa de cama. El peso inadecuado de la mayoría de la gente durante la Edad Media se oponía a la recuperación de cualquiera de las enfermedades mencionadas. La falta de conocimientos dietéticos, en efecto, y el consumo de cantidades excesivas de alimentos hacían que sufrieran mucho de estreñimiento, dolores de cabeza, acidez estomacal, así como, indudablemente en muchos casos, de un corazón fatigado.

SANTA CATALINA DE SIENA; ENFERMERA DE HOSPITAL Y ENFERMERA DOMICILIARIA

Dos beneficios se remontan a los males que torturaron a los humanos en la baja Edad Media. En efecto, la práctica de la cuarentena tuvo su origen en los experimentos de restricción de viajes que se efectuaron durante el progreso de la Muerte Negra. Se produjo asimismo un aumento material en el número de instituciones para la atención de los enfermos y en el de las personas dedicadas voluntariamente a la enfermería. Uno de los ejemplos sobresalientes de la enfermera voluntaria eficaz, en dicho periodo, fue una joven muchacha italiana que llegó a conocerse con el nombre de *Santa Catalina de Siena* (1347-1380). Siena es una población cerca de Florencia, y Catalina

[3] Citado en *Epidemics of the Middle Ages,* de J. F. C. Hecker, Trubner & Co., Londres, 1859, p. 249.

contaba un año de edad cuando la Muerte Negra hizo su primera aparición en Europa. A diferencia de muchas de las otras enfermeras voluntarias que hasta ahí habían adquirido fama en la historia, Catalina no era de ascendencia noble. Sus padres pertenecían a la clase media y eran gente sólo medianamente acomodada.

Por lo visto, la pequeña Catalina creció y llegó a ser una muchacha de buena voluntad y capaz con una franca inclinación hacia el ascetismo. Adquirió la costumbre de flagelarse tres veces al día, en expiación de sus pecados y de todos aquellos cometidos por las demás personas, vivas o muertas. Fatigada con las labores del día, por la noche reclinaba su cabeza sobre un cojín de piedra. Su tiempo libre lo dedicaba a visitar a los enfermos en el hospital de la ciudad. Aquí una de sus primeras empresas consistió en bañar y cuidar a un leproso. Lo mismo que otras muchas enfermeras jóvenes que desde entonces han empezado la carrera con una tarea igualmente desagradable, Catalina descubrió que inclusive los pacientes más difíciles cedían a su paciencia y su sincero deseo de ayudarles.

La enfermería proporcionó a Catalina gran felicidad, pero era natural que a los padres les costara comprender a una hija que no escogía simplemente ser igual que las demás muchachas a su alrededor. Trataron de disuadirla, pero ella, con tacto y suavidad, logró conseguir también la aprobación de sus padres. Durante varios años, mañana y tarde iba y venía entre su casa y el distante hospital, hasta que su lámpara en la noche llegó a cobrar para los enfermos pobres de Siena el mismo significado que más adelante había de adherir a la lámpara en manos de otra enfermera, cuando Florence Nightingale visitaba a sus soldados enfermos de la guerra de Crimea. Catalina de Siena convirtió el hospital de La Scala en un lugar de bendición a causa de su presencia en el mismo.

Al cumplir veinticuatro años, esta extraordinaria muchacha había logrado instruirse lo suficiente para estar en

Fig. 29. Santa Catalina de Siena. Concepción moderna. (Cortesía de Will Ross, Inc.)

condiciones de leer. Hubo de esperar cuatro años más para aprender a escribir, con lo que contaba con conocimientos reservados casi por completo a las clases superiores. Se hizo también terciaria de la Orden de Santo Domingo y miembro de una organización de mujeres en el seno de esta orden, cuyas objeciones a su corta edad hubo que superar antes de que se le permitiera ir por las calles en misión de caridad, atendiendo los casos de enfermedades menores y cuidando de que los más graves fueran llevados al hospital. La joven mujer a la que admitieron así de mala gana en su círculo no tardó en aumentar la eficacia de éste organizando un cuerpo correspondiente de hombres que proporcionaran el servicio de ambulancia necesitado. Cual camilleros voluntarios, este grupo llevaba a los enfermos y heridos al hos-

pital, dondequiera que los encontraran, ya fuera en la casa o junto al camino.

En 1372, la peste llegó a Siena y, mientras duró, Santa Catalina ya no se tomó el tiempo de ir a casa, sino que trabajaba día y noche en el hospital de La Scala. Sus contadas horas de reposo las pasaba en casa de unos amigos allí junto. Pese a que muchos habitantes de la ciudad la abandonaron, logró con todo reunir a su alrededor a colaboradores diligentes, en respuesta a su valeroso ejemplo. Con éstos atendió a los enfermos y, con su abnegación, su habilidad y su capacidad de organización adquirió una gran fama en toda Italia. Años más tarde, al estudiar la manera de honrarla, los habitantes de Siena reconstruyeron el hospital de La Scala, que existe todavía como monumento en su memoria. La casa en la que en su día vivió se conserva cuidadosamente atendida, y su cuarto, su lámpara y el cojín de piedra siguen allí para recordar al viajero uno de los seres humanos dotados cuyos talentos fueron objeto de una aplicación bondadosa.

La joven mística Catalina rindió servicio como ciudadana a su localidad en diversas formas, llegando a deplorar la persistencia agotadora y anticristiana de enemistades prolongadas entre las familias, que hacían de las peleas callejeras y de individuos heridos una visión de todos los días en la vida de la ciudad italiana. Fueron tantas las disputas de esta clase que trató de solventar, que la reputación de ello la llevó a intervenir en asuntos políticos de trascendencia nacional e internacional, adquiriendo tal influencia con el Papa, que logró poner fin a una pugna prolongada dentro de la Iglesia misma.

LA MEDICINA DURANTE LA BAJA EDAD MEDIA

A medida que la Edad Media iba avanzando, una corriente inversa de población que volvía del aislamiento de los monasterios y las haciendas feudales fue aumentando el peligro de las enfermedades infecciosas, y las epidemias causaban estragos. Las ciudades crecían, pero la salubridad permanecía en un estado lamentable. La gente vivía asustada y, pese a que se sometieran a las formas más desagradables de restricción y a los más heroicos de los tratamientos equivocados, morían por millones. El mundo occidental parecía estar en peligro de perder para siempre toda aquella herencia de ciencia médica que había recibido de Grecia. El que esto no ocurriera se debe a la custodia de tres grupos que guardaron la medicina helénica hasta que los pueblos extrañamente mezclados de Europa estuvieron culturalmente en condiciones de emplearla. Estos grupos fueron los frailes y las monjas de los monasterios cristianos, los médicos progresistas de Constantinopla, entre los que había muchos judíos, y los médicos que penetraron en España con los invasores musulmanes.

La medicina monástica. La Iglesia occidental, copiando una y otra vez escritos de conocimientos clásicos había tomado en custodia las obras de Galeno e Hipócrates. Los manuscritos se encontraban en las bibliotecas monásticas, pese a que no siempre supieran interpretarse tal como lo haría el médico. En los monasterios había siempre algunos hombres o algunas mujeres que adquirían experiencia en el arte de curar. Los monjes encontraron el camino de la Universidad de París, e inclusive antes de esto figuraban entre los estudiantes en España.

Santa Hildegarda. En el siglo XII apareció entre los benedictinos en Alemania una abadesa, *Santa Hildegarda* (1098-1179), a la que se ha reservado un lugar de honor en la historia tanto de la medicina como de la enfermería. Noble de nacimiento, Hildegarda fue educada a partir de los ocho años en un monasterio dirigido por un abad y situado cerca de Bingen, población a orillas del Rin. Siendo joven todavía, las circunstancias la obligaron a hacerse cargo del convento bajo la dirección del abad. Se mostró a la altura de la tarea y su inteligencia superior fue reconocida por todo el mundo durante los once años en que ocupó el cargo.

Transcurrido este tiempo, Hildegarda experimentó deseos de estar libre para ordenar su propia vida y dedicar más tiempo al estudio. Reuniendo a su alrededor un grupo de mujeres de la nobleza, estableció un nuevo convento que dirigió por espacio de muchos años. Al igual que otras abadesas, Hildegarda ejerció influencia en Alemania y fue capaz de anticipar algunos de sus desarrollos políticos. Estudiante de muchos conocimientos, Hildegarda se dedicó especialmente a la medicina, la enfermería y las ciencias naturales.

Llegó a ser tan experta en la práctica de la medicina, que aventajó en mucho a los hombres de su época y escribió obras que se anticiparon a descubrimientos científicos posteriores. De cerca y de lejos la gente solicitaba su consejo, y sus curas fueron famosas. Por algunos se explicaron como consecuencia de algún poder milagroso, en tanto que otros han visto en ellas el resultado de una penetrante observación de los enfermos bajo su vigilancia en el convento y de una vida de estudio. Creía fuertemente en las virtudes del aire fresco y del empleo abundante de agua, y escribió cierto número de libros en los que describía, entre otros, la ictericia, algunas enfermedades debidas a lombrices, enfermedades de los pulmones y la disentería.

FIG. 30. Sta. Hildegarda. Concepción moderna. (Cortesía de Will Ross, Inc.)

La medicina bizantina. La escuela oriental de ciencia médica en Constantinopla, que sirvió de segunda custodia de la medicina científica, conservó aquella a la que habían llegado en días anteriores los sabios griegos y, más adelante, los estudiosos de Alejandría y Roma. Algunos de estos médicos bizantinos permanecieron siempre en Constantinopla como maestros o copistas. Otros, en cambio, llevaron sus conocimientos a países distantes. Algunos viajaron a Arabia, y otros a Europa. Sus servicios eran solicitados por gobernantes y personas ricas y, siempre que se reunían con otros estudiosos suscitaban un interés renovado por la medicina griega.

La medicina musulmana. El tercer guardián de la medicina fue Arabia. En forma arábiga, las obras de Galeno e Hipócrates fueron devueltas al Occidente por los invasores musulmanes. Se desarrollaron grandes centros culturales en las ciudades españolas de Córdoba y Toledo, en donde los manuscritos médicos figuraban entre los tesoros de las bibliotecas árabes. A través de estudiantes del médico Avicena, Galeno se convirtió en la autoridad médica en España, y ésta en la Meca para los estudiantes de medicina de otras partes de Europa. Los judíos españoles se revelaron como traductores eficaces de los manuscritos árabes al latín, y Europa se fue acercando firmemente a condiciones de desarrollo social favorables al renacimiento de la ciencia en la medicina medieval.

Transcurrida aproximadamente la mitad del periodo medieval, habían pasado algunos centenares de años de asimilación de vecinos bárbaros por parte de la población romana. Había

pruebas, asimismo, de la difusión de nuevas ideas, y la gente fue dejando de estar aislada en pequeñas unidades sociales. La influencia de los viajes fomentó nuevas maneras de pensar. Paulatinamente, la escuela médica de Salerno, Italia, tuvo éxito y los cruzados enfermos tratados allí a su paso por el país propagaron sus métodos. Y los que habían experimentado la atención de los médicos orientales se unieron a éstos, a su regreso, para solicitar una mejor atención médica.

Origen de las universidades. Un renacimiento del interés por todas las formas de conocimiento era ya manifiesto, y hombres cultivados, muchos de ellos frailes de Santo Domingo o San Francisco, se veían rodeados por grupos de estudiantes ávidos de aprender. La consolidación en unidades de números de tales grupos fue una innovación a la que los estudiosos medievales dieron el nombre de "universidad". En 1110 tuvo origen la Universidad de París; Bolonia, en Italia, tuvo otra en 1158; Inglaterra organizó en 1167 la Universidad de Oxford, de la que partió un grupo para fundar la de Cambridge, y en 1181 vino Montpellier, en Francia. Para el siglo XV, Italia contaba con dieciséis universidades, una de las cuales se formó alrededor de la escuela médica de Salerno, esparciéndose instituciones similares por toda Europa y, más allá, por InIglaterra, Irlanda y Escocia. La medicina se había convertido en una rama de estudios muy cultivada, habiéndose creado entonces algunos de los hospitales de nuestros días.

Los barberos cirujanos. Uno de los graves obstáculos del progreso científico durante la Edad Media consistía en las objeciones opuestas a la disección tanto por los musulmanes como por los cristianos. Otro era la posición de inferioridad atribuida a la cirugía por Avicena, quien abogaba por el empleo de cauterio, siempre que fuera posible, así como la supervisión de los legos por el médico cuando el cortar resultaba inevitable. Aproximadamente al mismo tiempo, la Iglesia prohibía que los monjes llevaran barba y, sin proponérselo, introdujo una nueva moda para los hombres y una nueva profesión. Para el siglo XIII encontramos a los barberos (*barbitonsores,* o cortadores de barba) organizados como el Gremio de Barberos-Cirujanos, algunos de los cuales, además de afeitar, practicaban sangrías, aplicaban ventosas o sanguijuelas, efectuaban extracciones de dientes y trataban las heridas quirúrgicas. El médico se mantenía alejado de este grupo al que abandonaba la cirugía y, pese a que obtuviera la protección de una licencia y el respaldo de las universidades, el cirujano siguió sin preparación especial y reconocimiento por espacio de muchos siglos.

En 1453 cayó Constantinopla en manos de los turcos, y esta vez los ciudadanos que huían de un Imperio Romano en decadencia regresaron a Occidente. Llevaron consigo el saber griego y añadieron su parte de conocimientos médicos a los de los monjes y las monjas, los judíos y los árabes. Cristianios, judíos, musulmanes, a estos adeptos de las grandes religiones mundiales la medicina científica moderna les debe contribuciones al restablecimiento de aquellos fundamentos griegos en que se apoya su superestructura. Si bien los primeros signos de recuperación de la conciencia después de lo que se ha designado como la "Edad del coma de la medicina" se perciben ya durante el siglo XII, la recuperación total no tuvo lugar, con todo, hasta en el siglo XIX. Se requirió todo este tiempo para desenterrar métodos científicos de pensar y para desterrar la adhesión servil a la tradición.

DESARROLLO DE LOS HOSPITALES

Las enfermedades contagiosas no controladas, una población en movimiento y el desarrollo febril de la vida urbana se han señalado como factores eminentes en los problemas médicos de la baja Edad Media. La solución parecía centrarse en proporcionar servicios aumentados para el aislamiento de los leprosos y en una cantidad adecuada de camas en instituciones mantenidas especialmente para la atención de los enfermos. Las órdenes seculares y los ciudadanos privados hicieron grandes aportaciones públicas proporcionando más y más lazaretos y hospitales, así como un servicio voluntario de enfermería para atenderlos. Al desplazarse la gente hacia las ciudades, a remolque de la industria, también la Iglesia reconoció las limitaciones de un sistema que dejaba la atención médica a monasterios aislados a xenodoquios hacinados.

En 1198, el Papa Inocencio III estableció en Roma lo que se proponía ser una institución modelo para la atención de los enfermos, llamada "Hospital del Santo Espíritu". La orden secular del *Santo Spirito* fue invitada a hacerse cargo de la administración y el cuidado de los enfermos. Los altos prelados o los ciudadanos influyentes que visitaban al Sumo Pontífice en asuntos oficiales eran invitados a estudiar el edificio y el plan de funcionamiento, y se les invitaba a organizar instituciones similares en las ciudades de donde provenían.

La idea de los hospitales municipales encontró una cooperación cordial, adoptando Alemania el nombre equivalente de *Heilige Geist* (Espíritu Santo) y sirviéndose Francia de la designación de *Hôtel Dieu* (Casa de Dios) que se había aplicado anteriormente a dos grandes instituciones, una en París y la otra en Lyon. En Inglaterra, entre otros, aparecieron los inicios de tres hospitales famosos, los de *St. Bartholomew, Bethlehem* (para los enfermos mentales y más conocido como *Bedlam)* y *St. Thomas,* en el que Florence Nightingale había de revolucionar la enfermería. Los hospitales ingleses, y también luego los continentales, tendieron pronto a pasar bajo el control municipal.

Mientras tanto, algunas de aquellas órdenes religiosas que habían surgido en la premura de las peregrinaciones y la guerra dedicaron los bienes acumulados a fomentar el desarrollo de los hospitales. Al escapar siete hospitalarios de la Orden de San Juan de Jerusalén de la muerte en la lucha final por la reconquista de la Ciudad Santa, ellos y sus sucesores vivieron por algún tiempo en la Isla de Chipre. Más adelante fueron transferidos a la Isla de Rhodos y gobernaron allí por

FIG. 31. Una sala del Hôtel-Dieu de Beaune, Francia, fundado en 1443 y considerado como el hospital más antiguo del mundo. Una capilla al extremo de la sala. (De *Great Moments in Medicine,* producido por Parke-Davis and Co., Detroit, 1961.)

FIG. 32. "Caballeros Hospitalarios atendiendo a pacientes en la gran sala de la Enfermería Sagrada, en La Valetta, Malta, en el siglo XVI". Grabado en madera, de los Estatutos de la Orden, 1584.

espacio de dos siglos. Hacia fines de la baja Edad Media conquistaron la Isla de Malta, y aquí, en la ciudad portuaria de La Valetta, fundaron en 1575 un famoso hospital.

Este hospital de la Orden de San Juan en La Valetta daba albergue a poco menos de unos mil pacientes. Una de las salas medía ciento cincuenta metros de largo, diez de ancho y diez de alto. Tapices o colgaduras de madera contribuían a atenuar el frío de las paredes desnudas durante el invierno. Cuadros les daban vida. Para evitar corrientes de aire y proporcionar intimidad, cada cama estaba rodeada de una cortina a manera de una tienda. La riqueza permitía el lujo, y el servicio de comida comprendía tazas, fuentes y tapas de plata maciza, así como algunos tenedores, cubiertos que empezaban a emplearse en aquellos días.

Una organización bien concebida preveía jefes de sección que cuidaban respectivamente de la plata, la ropa, el vino, la dieta, flebotomía, compras y contabilidad. Figuraban entre las funciones de la institución la atención de enfermería, las limosnas, la distribución de alimentos a los pobres y la atención de los expósitos y los enajenados mentales. Según su condición, los pacientes se dividían en peregrinos, miembros de grupos religiosos y legos. Los casos de indisposiciones ligeras no se mezclaban con los casos graves. Una tienda de sastrería cuidaba del remiendo de la ropa de los indigentes. El personal médico estaba asistido por un barbero-cirujano que tenía a su cargo las sangrías y la aplicación de sanguijuelas y vejigatorios. Médicos a sueldo instruían a caballeros en anatomía y en la atención de los enfermos. Diez capellanes atendían a sus necesidades espirituales.

La arquitectura de este notable hospital repetía una tradición de los hospitalarios en sus características del tipo de fortaleza. Las ventanas, pequeñas y angostas, estaban excavadas profundamente y en la parte alta de gruesas paredes de piedra. Los pacientes, inclusive si no estaban aprisionados en su tienda de cortinas, no veían nada del mundo de afuera. Estaban privados también de aire fresco. Este tipo antipático de estructura influyó por mucho tiempo sobre la construcción de hospitales en Europa. Afortunadamente, con todo, aparecieron nuevas formas de desarrollo arquitectónico, porque los individuos empezaban a viajar al extranjero y veían los productos de las culturas bizantina y musulmana. Los hospitales del periodo medieval adoptaron alguno de sus rasgos arquitectónicos.

Aparecen también en los hospitales formas neogóticas, como las que se producían en las magníficas catedrales de la época. Sobre todo en el Sur, jardines o columnatas daban a los pacientes acceso al exterior. En España, la influencia musulmana se manifestaba en una decoración exterior pródiga, en tanto que los interiores introducían, allí y en otras partes, mucha belleza en mosaico. A menudo, el hospital era una gran sala construida como una iglesia, con altos arcos de soporte, tal vez una galería, y un altar al final, que permitía a los enfermos asistir a la celebración de la misa. Por lo regular, las camas estaban colocadas con los extremos tocándose, a lo largo de las paredes, de modo que nada impidiera a los pacientes ver el lugar sagrado en todo momento.

El problema social del niño abandonado era atendido también por estos hospitales medievales. El bienestar de aquél era objeto de la consideración por parte de los hombres y mujeres deseosos de mejorar las condiciones sociales. Fueron resultado de esta consideración hospitales separados para los expósitos; sin embargo, el hacerse cargo de los expósitos y su atención solía formar parte del programa de los hospitales medievales. Del siglo XII en adelante, la *crèche* (la "cuna") se convirtió en un elemento característico de la labor caritativa de la ciudad medieval, y dentro del portal del hospital o de la iglesia había dispuesta una cuna lista para la madre que deseara encomendar su bebé al cuidado de otras personas. Algunas veces, los niños seguían allí hasta llegar a adultos, los muchachos aprendiendo oficios y las muchachas aprendiendo los quehaceres domésticos, que comprendían el hilar y el tejer, y recibiendo a menudo una dote del hospital al casarse.

LA ENFERMERIA EN LA BAJA EDAD MEDIA

Si miramos atrás al último periodo medieval cual una fase de desarrollo de la enfermería, encontramos cambios interesantes, ocasionados cada uno de ellos por cambios correspondientes en la sociedad; porque es el caso que la enfermería, lo mismo que todo otro servicio público, ha de ir adaptándose continuamente a las necesidades sociales en cambio permanente.

De la gran necesidad de enfermeras para cuidar de los enfermos y los heridos durante las Cruzadas surgieron aquellas unidades de los Caballeros Hospitalarios, que sólo atendían a los enfermos durante los intervalos en que no estaban ocupados guerreando. Grandes cantidades de hombres se hicieron enfermeros, y el ideal militar de orden y disciplina se puso de manifiesto. Había también mujeres que se organizaban cual unidades auxiliares de dichas órdenes, como p. ej. las Hermanas del Hospital de Santa María Magdalena y las Hermanas de San Lázaro. Al terminar las Cruzadas, los monasterios de órdenes militares se extendían por el país, desde Palestina a Inglaterra, librando sus hombres y mujeres, bajo la influencia del movimiento en favor de los leprosos, un nuevo tipo de guerra contra la enfermedad. Con la orden militar se introdujo en la enfermería un elemento más rudo. El voto de obediencia a ciegas había formado parte desde hacía mucho de la organización monástica, pero ésta se fundaba en el modelo de la familia, con el abad o la abadesa cuales padre o madre, en tanto que ahora el acento se ponía en el rango y el respeto a los funcionarios superiores.

Los numerosos problemas por resolver de los tiempos cambiantes, y especialmente la suerte de los expulsados de la sociedad como leprosos, iban causando críticas de las condiciones existentes y la conciencia de la necesidad de desarrollar entre la gente la fe sencilla y el servicio caritativo de los primeros seguidores de Jesucristo. Esta necesidad fue atendida por la Orden Franciscana Mendicante fundada por San Francisco de Asís.

La desintegración gradual de las entidades protectoras del monasterio y el castillo feudal produjo nuevos cambios. La nueva necesidad social resultante de la redistribución de la población y el desarrollo urbano sacó ahora a la enfermería del hospital y la llevó nuevamente al hogar, en donde la diaconisa empezó por encontrar que hacía falta. Se enfrentaron a esta situación las *Béguines* de Bélgica, los Terciarios de San Francisco y otras órdenes seculares, que comprendían enfermeras de servicio privado y enfermeras domiciliarias con actividades hospitalarias.

Hacia fines de los siglos XII y XIII, al aparecer en escena el hospital municipal bajo dirección civil, acompañó la innovación una tendencia a crear grupos de enfermería civiles en los hospitales. Al propio tiempo, la medicina se iba diferenciando de la cirugía y la enfermería. Las escuelas médicas de nueva organización iban sacando individuos que habían dedicado mucho tiempo al estudio. La instrucción procuró distinción a este grupo, al propio tiempo que le proporcionaba un nuevo punto de vista acerca de su labor y nuevos métodos. Actividades que antes habían sido a su cargo fueron traspasadas ahora a asistentes y se convirtieron en funciones especiales del barbero-cirujano o de la enfermera.

Toda la enfermería monástica medieval había sido necesariamente simple. Comprendía albergue, horas regulares, alimentación sencilla, agua pura para beber, hierbas medicinales (misteriosas a menudo, pero inofensivas), el lavado de llagas, el vendaje de heridas y algunas otras prácticas elementales de enfermería. A estos se añadía el solaz mental de la simpatía, la música y la religión. El equipo, lo mismo que las prácticas, había sido transmitido por la tradición. Las camas eran grandes y de madera, los cojines o almohadas estaban recubiertos de cuero, en lugar de caucho, y plumas, musgo o crin proporcionaban su relleno. Sartenes calentadoras de largos mangos, calentadas con carbón en ascuas o agua caliente, anticipaban los caloríferos modernos, y los catéteres y las jeringas para enemas habían estado en uso inclusive entre los pueblos antiguos. No había termómetros, y las enfermeras confiaban sobre todo en sus manos para apreciar la temperatura, si bien el pie descalzo se utilizaba como precaución extra al probar el agua para el baño del recién nacido.

Hierbas de olores suaves, perfumes, olores resultantes de la combustión de maderas fragantes y cosas como las mondaduras de naranja eran desodorantes favoritos, pero servían de bien poco en presencia de una mala ventilación y de la aversión predominante contra el aire fresco. El hogar omnipresente hacía que la pala caliente y las ascuas se tuvieran fácilmente a mano y pudieran transportarse de un lugar a otro. Durante la noche se empleaban pequeñas lámparas de aceite, tal como se las ve todavía entre las antigüedades. Inclusive las prácticas más sencillas de enfermería junto a la cama resultaban difíciles y requerían tiempo a causa de la falta de elementos que a nosotros nos parecen naturales. Entre los hospitales de entonces para la atención de los enfermos los había, como siempre, algunos que eran muy buenos y otros que eran muy malos.

No siempre había enfermeras suficientes, y se produjo además un cambio en su calidad al abrir el monasterio de fines de la Edad Media sus puertas a hombres y mujeres que eran el producto infortunado de una fase de baja moral social y de normas bajas de vida y educación familiares. Con el correr de los siglos, la cama del enfermo llegó a contener a más de un enfermo y aun, finalmente, hasta seis de ellos. La sensibilidad medieval en relación con el hacinamiento en la cama no era aguda, pues se trataba en esto de una costumbre hogareña. Las dificultades que añadía al cambio de ropa para los enfermos son obvias. Los pacientes estaban a menudo no sólo sucios, sino además mal nutridos. Los que se atrevían a señalar los peligros de tales hacinamientos y deficiente atención se encontraban con la indiferencia universal. El hospital civil introducía en ocasiones a mujeres de bajo nivel moral para aumentar un personal inadecuado de enfermería, complementando en esta forma el margen del personal de enfermería medieval, desde hombres y mujeres bien educados y de alto nivel intelectual hasta los del nivel más bajo.

La enfermería había entrado en un periodo de decadencia que había de prolongarse durante mucho tiempo. En cambio, la medicina contemporánea iba progresando, a medida que médicos competentes de las escuelas de medicina se iban juntando a aquel grupo disperso de doctores, generalmente judíos o sarracenos y en ocasiones individuos formados en la escuela de Alejandría, que se habían transmitido la medicina de mano en mano a través de la Edad Media. Se estaba produciendo un renacimiento de la ciencia griega, y a medida que las universidades aparecían doquier para acelerar el interés médico en ella, la medicina y la enfermería se fueron separando.

No obstante, la tradición del primer cristianismo que hacía de la enfermería la vocación del tipo más fino de persona, persistió a través de la Edad Media y no murió con ésta. Los primeros guías monásticos en materia de enfermería habían sido hombres y mujeres de intelecto, de vidas ricas en cultura, refinamiento y democracia. Reinas individuales como Radegunda y princesas como Santa Isabel, damas y caballeros, idealistas de la clase media, como San Francisco y Santa Catalina de Siena, todos ellos contribuyeron a establecer un ideal de la atención de los enfermos como una de las expresiones más delicadas de interés por el bien común. Enrique II, rey de Inglaterra, estableció un lazareto para mujeres en Rouen, Francia, con la condición de que únicamente las damas de la nobleza atendieran a los pacientes. En 1492 todavía, la reina Isabel de España, cuyas joyas sirvieron para financiar el descubrimiento de América, apareció en el campo en persona, al dirigir su propio servicio de ambulancia y enfermería. Estos nombres se han recordado, pero hubo muchos otros que trabajaban con los que los llevaban para conferir fuerza y vigor a las raíces de una vocación que no había de reconocerse públicamente por espacio de casi cuatro siglos.

Uniformidad en el vestido. Se observa durante el progreso de la Edad Media una tendencia marcada hacia la uniformidad en el vestido de las enfermeras. La dama de la corte o el castillo que se hacía enfermera seguía llevando sus vestidos elegantes. La lana o el lino eran el material que solía escoger, pero la seda y el terciopelo no se consideraban desplazados, y la abadesa se vestía de acuerdo con su rango feudal. Los uniformes adoptados por las órdenes militares de enfermería estimularon la uniformidad en otros grupos de la misma.

En una época tan temprana como el siglo IX se había recomendado un vestido distintivo para los monásticos, y éste se hizo corriente durante las Cruzadas. Siendo creados en aquel tiempo, los uniformes monásticos conservaban, naturalmente, el sabor de las diversas modas de su día. Eran a la vez vistosos y lujosos. Si el fondo del hábito era negro o pardo, era lógico que se empleara el color para eliminar el carácter sombrío. Escarlata, azul celeste, blanco o púrpura eran llevados tanto por los hombres como por las mujeres. Los vestidos adoptaron las líneas largas, ondulantes, favorecidas por el Oriente, y los abrigos estaban abundantemente ribeteados con armiño. De hecho, la disponibilidad de toda clase de pieles, combinada con el frío de los edificios de piedra de gruesas paredes calentados solamente por lugares, estimulaba su empleo no sólo como adorno, sino también como forro completo.

Los tocados de la cabeza variaban desde la simple cofia o el cucurucho puntiagudo de tela, o el velo romano adoptado por la mujer casada en su

día nupcial, hasta diseños mucho más complicados. La cofia o pieza plegada de lino, pasada por debajo de la barbilla y atada en la cabeza debajo de una gorra, un velo o un sombrero, era común tanto a la sociedad civil como al monasterio. A medida que los grupos fueron creciendo en número, los detalles del uniforme aumentaron y cambiaron como consecuencia del empeño de distinguirse unos de otros. La cruz del cristianismo, llevada en común por todas las órdenes religiosas, adoptó muchas formas diversas.

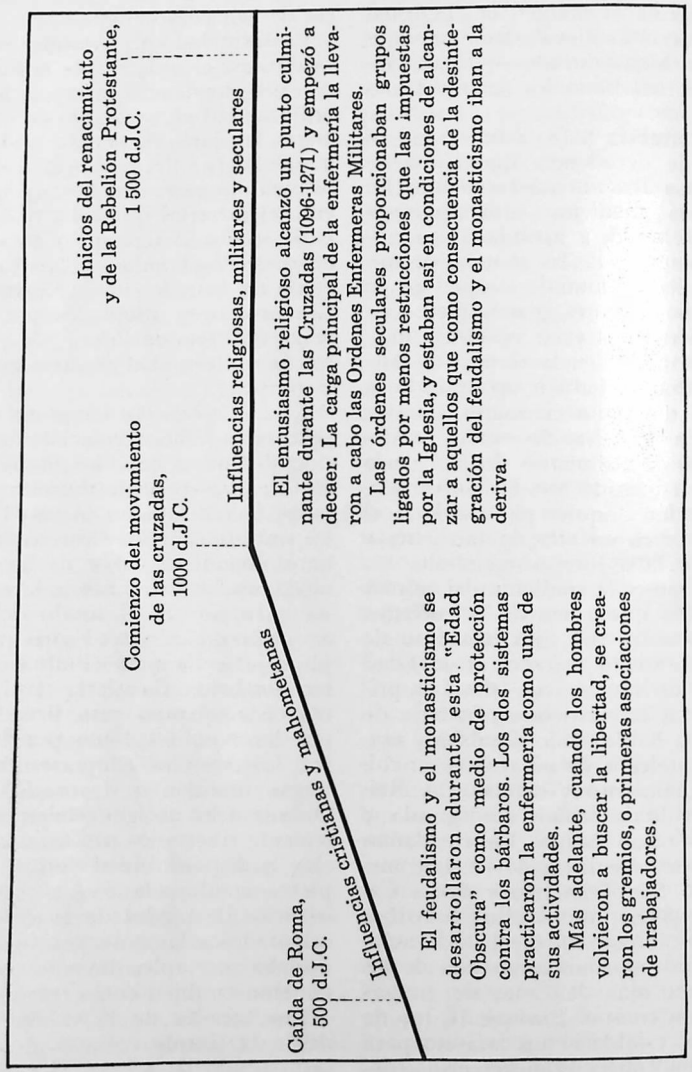


FIG. 33. Enfermería de la Edad Media, de 500 a 1500 d. J. C.

Sugestiones para estudio

1) Mientras una gran parte de la población de Europa Occidental estaba encerrada en monasterios y

haciendas feudales, ¿cuáles cambios se fueron produciendo, afuera, que habían de ponerse de manifiesto después de algunos siglos?

2) a) ¿Cuál es el objeto de la peregrinación, y por qué se emprendieron tantas durante la Edad Media? b) ¿Conoce el alumno algún otro tipo de peregrinación aparte de la de los cristianos a Jerusalén?
3) ¿Cuáles eran los objetivos de la serie de guerras conocidas como las Cruzadas?
4) ¿Cuál organización, correspondiente a nuestro cuerpo de enfermeras militares, proporcionó atención a los enfermos y los soldados heridos de las Cruzadas?
5) a) ¿Cómo diferían las órdenes de enfermería militares de las órdenes habituales de caballeros y monjes? b) ¿Cuáles nuevas influencias introdujeron en la enfermería?
6) Indíquense algunos de los problemas sociales a los que se enfrentaba la gente de la Edad Media.
7) ¿Cuáles críticas llevaron a la gente a celebrar el advenimiento de las órdenes mendicantes?
8) a) ¿En qué forma difirieron las órdenes mendicantes creadas por Santo Domingo y San Francisco de las demás órdenes establecidas por la Iglesia? b) ¿Cuáles tres órdenes fueron fundadas en último término por San Francisco? c) ¿Sigue alguna de éstas activa todavía?
9) ¿Qué influencia ejercieron las órdenes de enfermería militares y las órdenes mendicantes sobre el vestido llevado por las enfermeras?
10) ¿Cuál tercer tipo de orden de enfermería, ampliamente desviado de las restricciones habituales de la Iglesia, fue fundado en la última parte de la Edad Media?
11) ¿Cuál enfermera famosa se convirtió en miembro de la orden secular de los Terciarios de San Francisco, y por qué se la podía considerar como la primera enfermera domiciliaria?
12) a) ¿Cuál otra orden secular se hizo famosa y qué tipo de servicio de enfermería prestó? b) ¿En qué forma trató de alcanzar el mayor número de personas posible?
13) a) ¿Fueron las Cruzadas un éxito o un fracaso en cuanto a reconquistar Jerusalén de los musulmanes? b) ¿Cuáles cambios sociales resultaron del vasto movimiento de población hacia el Oeste?
14) Indíquense razones del hecho de que la Edad Media se considere como el periodo del comienzo del amor romántico.
15) Cítense los versos acerca de un caballero y un puente levadizo de "La Visión de Sir Launfal", de James Russel Lowell.
16) Dése una explicación de las grandes epidemias que barrieron Europa durante el siglo XIV.
17) a) Diga la alumna lo que sabe acerca de Santa Catalina cual enfermera de hospital y enfermera domiciliaria en su ciudad natal de Siena. ¿A cuál orden mendicante pertenecía?
18) ¿Por cuáles tres grupos fue conservada la medicina griega durante las dificultades de la Edad Media?
19) ¿Cuáles contribuciones hizo Santa Hildegarda a la práctica de la medicina y la enfermería?
20) Examínense las ventajas y los inconvenientes del paciente en el Hospital de San Juan de La Valetta.
21) a) ¿Cuáles circunstancias condujeron a la creación de los hospitales municipales? b) ¿Cuáles disposiciones se adoptaron en ellos en vista de la atención de enfermería?
22) a) Dígase lo que se sabe acerca de la enfermería en la baja Edad Media. b) Indíquense las razones del hecho que la enfermería entrara en un prolongado periodo de decadencia.
23) ¿Por qué progresaba la medicina contemporánea?
24) Dése una explicación del origen de los vestidos uniformes para las personas dedicadas a la enfermería.
25) a) Mediante lecturas de referencia en la enciclopedia y en otras fuentes, señálese en cuáles circuns-

tancias está autorizado anteponer la palabra "Santo" al nombre de un personaje histórico. b) ¿Cuántas enfermeras santas conoce la estudiante, y con qué clase de labor se relaciona cada una de ellas?

26) a) ¿Cuáles ilustraciones puede encontrar la estudiante que muestren la tendencia general de la arquitectura de la época, incluida la de los hospitales? b) Compárese la importancia concedida a la belleza con la concedida a las medidas encaminadas a asegurar la observancia correcta de los principios de la higiene.

27) a) ¿Cabe esperar que forma alguna de sociedad permanezca estacionaria? b) Examínese la necesidad de la capacidad de una buena adaptación a las condiciones cambiantes.

28) Complete la estudiante su propia adaptación del cuadro de la página 108, añadiendo una línea punteada para señalar la tendencia general de la medicina.

Bibliografía

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957, Cap. 3.

Briffault, Robert: The Days of Ignorance. Nueva York, Chas. Scribner's Sons, 1935.

Chesterton, G. K.: St. Francis of Assisi. N. Y., Geo. H. Doran Co., 1924.

Farrow, John: Damien the Leper. Nueva York, Sheed & Ward, 1927.

Frank, Sister Charles Marie: The Historical Development of Nursing. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1959.

Haggard, Howard W.: The Doctor in History. Nueva Haven, Yale University Press, 1934.

Hume, Edgar Erskine: Medical Work on the Knights Hospitallers of Saint John of Jerusalem. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1940.

Hutton, Edward: St. Francis of Assisi. Nueva York, Longmans, Green y Co., 1950.

Lamb, Harold: The Crusades: Iron Men and Saints. Garden City, Nueva York, Doubleday, Doran & Co., 1930.

Lamb, Harold: The Flame of Islam. Garden City, Nueva York, Doubleday, Doran & Co., 1931.

Major, Charles: When Knikhthood Was in Flower. Nueva York, Grosset & Dunlap, 1907.

Nutting y Dock: A History of Nursing. Nueva York y London, G. P. Putnam's Sons, 1907, Vol. I, Parte II, Caps. 3-9.

Peattie, Donald: A Cup of Sky (St. Francis of Assisi). Boston, Houghton Mifflin Co., 1950.

Rayner, Edwin: Famous Cathedrals and Their Stories. Nueva York, Grosset & Dunlap, 1935.

Riesman, David: The Story of Medicine in the Middle Ages. Nueva York, Paul B. Hoeber, Inc., 1935.

Schimberg, Albert P.: The Larks of Umbria (St. Francis). Milwaukee, Wisconsin, Bruce Publishing Co., 1942.

Stewart y Austin: A History of Nursing. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1962.

Tercera parte

LA ERA MODERNA DE LA EVOLUCION CIENTIFICA Y SOCIAL

Comienzos alrededor de 1500 d. J. C.

Capítulo 7

EL RENACIMIENTO, LA REFORMA Y LA DECADENCIA DE LA ENFERMERIA

AL APUNTAR el año 1500 sobre el mundo occidental, la gente pensaba en muchas cosas nuevas. El espíritu de un cambio revolucionario llenaba el aire, como había sido el caso quinientos y también mil años antes, y como vuelve a serlo actualmente. De repente el mundo se había agrandado mucho por el comercio por tierra y mar con el Oriente y por el descubrimiento de América. Las antiguas maneras de hacer las cosas resultaban inoperantes en las nuevas condiciones. El individuo estaba precisamente dando a conocer que ya estaba harto de la vida cooperativa. Un espíritu secular, surgido en las ciudades mercantiles, había invadido la Iglesia. La gente estaba dispuesta a descartar viejas ideas y buscaba alguna forma nueva de la antigua religión que había constituido un pilar principal en los tiempos obscuros. En dicha época, el poder de los reyes era absoluto, y cada pequeña nación hablaba un idioma distinto y creaba costumbres distintas de las de los vecinos a su alrededor.

EL RENACIMIENTO

Para el año 1577, *Sir Francis Drake* había dado la vuelta al mundo, siendo su barco sólo uno de los muchos que habían llevado a Europa e Inglaterra relatos de riquezas más allá de los mares, en la India, China, las Indias Orientales y, sobre todo, en América. Hombres de negocios y naciones ambiciosos contemplaban beneficio en el comercio permanente con esta nueva tierra y poder en su colonización. La brújula y barcos de mejor construcción habían mejorado ya el transporte, y se iban equipando y realizando una expedición tras otra. La pólvora cambió los medios de lucha y aumentó el poder de los reyes, debilitando a los señores feudales. Los castillos podían ser barridos ahora por la artillería, y el empleo de los fusiles requería nuevas habilidades. La pólvora afectó también la cirugía y la enfermería, pues introdujo nuevos tipos de heridas y nuevas dificultades relacionadas con la infección.

La reciente invención del arte de la imprenta ponía libros en manos de mucha gente y propagaba ideas con sorprendente rapidez. Una máquina asombrosa hizo posible producir rápidamente grandes cantidades de libros, cada uno de los cuales habría ocupado a un copista experto durante medio año cuando menos. La Biblia, que inclusive en su forma latina había sido leída principalmente hasta allí por monjes y otras personas estudiosas, se convirtió a no tardar en objeto de intenso estudio por parte del público en general. El arte de la imprenta proporcionó asimismo a los estudiantes de literatura acceso a las obras de sus predecesores.

EL RENACIMIENTO CLASICO

Un renacimiento clásico empezó en Italia, en donde las riquezas derivadas de una posición mercantil ventajosa durante las Cruzadas habían creado una posibilidad de ocio que sólo llegó

a otros países más lentamente. César, Cicerón, Aristóteles y Homero pasaron a formar parte de los planes de estudios en Europa e Inglaterra. La gente copiaba a los antiguos y, bajo su influencia pagana, se iba haciendo cada vez más mundana. El acento puesto por las restricciones medievales en las virtudes del autosacrificio y la abnegación fue descartado. La gente lo discutía todo, desenmascaraban como falsos algunos ideales existentes, exigían precisión y dudaban inclusive de la Iglesia. La nueva actitud mental se reflejaba en la actitud general hacia las obras de caridad y, en particular, hacia la medicina y la enfermería.

En el dominio de la literatura, el Renacimiento estimuló a los hombres, y también a las mujeres, al estudio de los clásicos. Las corrientes principales de pensamiento durante aquellos años fueron expresadas por escritores famosos. *Erasmo* (1469-1536), el erudito holandés ambulante, estimulaba la instrucción, al tiempo que ridiculizaba los ideales y las supersticiones medievales. El inglés *Sir Thomas More* (1478-1553) se atrevió a concebir una "Utopía", exactamente del mismo modo que los autores de nuestros días sueñan y escriben acerca de una vida de abundancia para todos; *Martín Lutero* (1483-1546), tradujo en Alemania la Biblia a su propio idioma y dirigió contra el cristianismo contemporáneo una rebelión que terminó en una escisión de la Iglesia en las secciones protestante y católica; *Cervantes* (1547-1616), español, hizo mofa del feudalismo y de la caballería en "Don Quijote"; *William Shakespeare* (1564-1616) extrajo su filosofía más bien de la vida que de los clásicos, y *John Milton* (1608-1674) dio al mundo su "Paraíso Perdido", defendiendo en sus obras la libertad política y religiosa, así como una prensa libre para expresión de la opinión pública. Estos no son más que unos pocos de los nombres que sobresalen en un periodo de actividad intelectual brillante y de reorganización de los valores humanos.

En el campo del arte un despertar semejante tuvo lugar entre los pintores, los arquitectos y los escultores. Sus riquezas y su belleza natural hicieron un centro artístico de la ciudad de Florencia, que en su día había de ser el lugar de nacimiento de Florence Nightingale, cuya fama cual restauradora del arte de la enfermería llegaría a igualar la de los pintores, escultores y arquitectos allí reunidos. Se creó una escuela para artistas, y dos estudiantes de la escuela del arte florentino sobresalen cual genios. *Miguel Angel* (1475-1564) y *Leonardo da Vinci* (1453-1519) fueron arquitectos, escultores, ingenieros y pintores. Los dos participaron en la dirección de la construcción de la mayor de las iglesias, la de San Pedro, en Roma. Durante cuatro años, Miguel Angel pintó frescos en la Capilla Sixtina del Vaticano adyacente, palacio de los Papas. Toda vez que estos frescos estaban en el techo, se veía obligado a trabajar horas seguidas tendido sobre la espalda en lo alto de un andamio.

Leonardo da Vinci pintó "La Ultima Cena" en una pared del refectorio de un monasterio de Milán, y él también trabajó con gran intensidad de la mañana a la noche, olvidándose de comer. En esta su obra maestra, Jesús aparece sentado con sus doce discípulos junto a una larga mesa. Maravillosas variaciones en las expresiones de las caras reflejan la reacción individual a las palabras que acaban de oírse: "Uno de vosotros me traicionará". La "Mona Lisa" de Leonardo da Vinci, retrato de una dama de gran belleza y de una sonrisa enigmática, se encuentra en el Louvre de París.

Botticelli (1447-1515) ejecutó unas representaciones magníficas de los dioses y las diosas griegas. Una de las más conocidas es la de la "Primavera", en la que aparecen Venus, Cupido y las Tres Gracias. *Rafael* (1483-1520), otro estudiante de Florencia que figura entre los "modernos" del siglo XVI, es conocido sobre todo por sus Madonas, la más famosa de las cuales es la "Madona Sixtina". El gran *Tiziano* (1477-1576) dirigió un grupo de estudiantes en Venecia. La escuela veneciana fue conocida por su domonio del

color, lo mismo que la de Florencia lo fue por la forma y la gracia de la línea.

Una escuela que surgió algo más tarde en Flandes produjo a *Rubens* (1577-1640) y *Van Dyck* (1599-1641). A la cabeza de los españoles figuraba Velásquez (1599-1660), y a la de los holandeses *Rembrandt* (1606-1669). Los ingleses no crearon su propia escuela de pintura hasta en tiempos de *Sir Joshua Reynolds* (1723-1792), que pintó la "Santa Cecilia" bien conocida y *Sir Thomas Gainsborough* (1727-1788), que pintó el "Muchacho Azul" y la "Duquesa de Devonshire".

Sin embargo, el "Muchacho Azul" y la "Duquesa de Devonshire" fueron significativos de otros cambios que se estaban produciendo en la sociedad. En efecto, el primero retrataba al hijo de un comerciante en hierro, y el segundo a un miembro de la aristocracia. Los tiempos permitían que una clase de nuevos ricos vistiera a sus hijos en raso azul, con ricos bordados y sombreros de plumas. Estos niños vivían en casas en donde los bellos retratos ya no quedaban desplazados. Sus padres y sus madres disponían de tiempo para adquirir una apreciación de las artes y gozar de los privilegios que en su día la riqueza sólo había conferido a la clase a la que representa la duquesa.

REVOLUCION POLITICA

Durante el periodo medieval, la gran familia de la madre Iglesia había crecido considerablemente. Individuos fuertes regían ahora reinos que consideraban haber de poder llevar sin intervención paternalista alguna y por la gracia de Dios en ellos mismos. Bajo los reyes se estaba desarrollando un sistema de propiedad y empresa privadas. Estaba principiando una era en la que el deseo de riqueza y el aprovechamiento de la oportunidad ocuparían el lugar principal en la mente de los individuos. Los reyes de las naciones experimentaban ahora la autocracia, cuya popularidad en Inglaterra (más vecina ya de la democracia que otros países) tuvo la posibilidad de desaprobar a través del Parlamento y de la antigua Carta Magna.

En Francia, los señores feudales otrora omnipotentes no tardaron en percatarse de que no podían ir a ninguna parte sin el favor real. Se hizo moda entre ellos establecer sus residencias cerca de la persona regia, de modo que no se perdiera ninguna oportunidad de ganar dicho favor. En cuanto a cortesanos eran accesorios halagadores, aunque a menudo financieramente dependientes. *Luis XIV* (1643-1715) se sirvió de ellos y sus señoras para formar a su alrededor una corte real que eclipsaba aquella, llena de color, de la reina Isabel de Inglaterra. Se constituyó en centro de una gran maquinaria representativa del poder. A su alrededor había millares de damas y caballeros ricamente ataviados, a menudo muy atrayentes e inteligentes, recreándose todos ellos al sol de una gloria creada por el trabajo del pueblo común francés.

La maravilla de Versalles, con su oro reluciente, su cristal y sus espejos, sus pinturas y sus tapices surgió a la luz. Sus magníficos salones fueron testigos de muchos alegres y frívolos pasatiempos. Se había establecido así un precedente de magnificencia regia que todas las cortes de Europa trataban de imitar. Reinaba el ocio. Al subir *Luis XVI* al trono de Francia, el país estaba cerca de la quiebra. A su vanidosa reina, *María Antonieta*, le gustaban Versalles y la alegría y el lujo, y los gozaba al máximo. Todas sus extravagancias, grandes o pequeñas, todo despilfarro y toda exhibición, no hacían más que aumentar el odio de aquellos hombres y mujeres que estaban madurando para barrerlo todo.

Las ambiciones de los reyes conducían a la guerra, y se fomentaba entre el pueblo un espíritu de rivalidad nacional. Alemania, España, Inglaterra y Francia mantenían a Europa en agitación. Una gran lucha seguía a la otra, hasta que la Guerra de los Siete Años (conocida también como la Guerra Francesa e India), que empezó en 1754, convirtió a Inglaterra en potencia hegemónica. En esta lucha, Francia perdió a Canadá, que luego fue una colo-

nia inglesa. La pobreza que seguía a las guerras producía un descontento que se inflamaba en una serie de grandes revoluciones: la Revolución Americana (1775-1783), la Revolución Francesa (1789-1795), la Revolución Latinoamericana (1800-1825). Mientras los desórdenes no habían terminado todavía, surgió de las masas enojadas un dictador que se propuso unificar a los europeos y dirigir sus asuntos. Las guerras napoleónicas empezaron en 1797 y terminaron en 1815, cuando el Duque de Wellington, en la batalla de Waterloo, enterró la dictadura por algún tiempo. A principios del siglo XIX iban a la cabeza Inglaterra y la democracia.

LA REVOLUCION INDUSTRIAL

La guerra y la revolución afectaron el aspecto político de dos continentes. Los individuos de la época, así como las generaciones que les siguieron, hubieron de hacer frente a muchos reajustes difíciles. Sin embargo, estos ajustes eran insignificantes en comparación con los que acompañaron a una revolución de otra clase, que empezó en Inglaterra alrededor de 1750 y trastornó modos de vida de viejo arraigo cambiando las formas de trabajo. Esta es la razón de que se la designara como la "Revolución Industrial", la cual, con ímpetu cada vez mayor, sigue todavía su curso. Ha seguido sus huellas una revolución en los transportes y las comunicaciones.

Todos los países del mundo experimentaron ahora la tensión de un cambio constante, pero Inglaterra fue la primera en verse afectada. La cría de ovejas y la manufactura de telas a partir de su lana había sido por mucho tiempo la industria principal de su pueblo. El hilado y el tejido se hacían en granjas, por medio de procesos manuales lentos. Ahora, en cambio, se inventaron máquinas que aceleraron la producción y redujeron el número de trabajadores necesitados para hacer la tela. Se construyeron fábricas en donde pudieran colocarse las máquinas. Si la familia de la granja quería ganarse la vida, había de trasladarse a la ciudad, en donde estaba la fábrica. Sus miembros habían de ajustarse a nuevos modos tanto de trabajar como de vida, confinada ésta a los límites angostos de los pisos de alquiler y de las calles de la ciudad. Los principios de la honradez gremial ya no controlaban el precio de la tela, y los salarios eran mantenidos a un mínimo, de modo que el propietario de la fábrica obtuviera un beneficio máximo.

La habilidad que hubiera requerido una vida entera para aprender a obtener un artículo particularmente fino ya no poseía el mismo valor. La máquina convertía la calidad en algo uniforme. Antes de mucho, el maestro independiente de aprendices que le estaban ligados para aprender el oficio en su pequeño taller y el granjero que trabajaba una franja de tierra laborable se vieron obligados a abandonar oficio y tierra y a convertirse en obreros al servicio de hombres ricos. Estos cambios anunciaban reajustes correspondientes en otras industrias. La idea de la eficacia penetró la agricultura y los negocios. Empezó una era de invenciones, y el número de las ciudades industriales creció.

LA REFORMA

La Reforma o Revuelta Protestante, que empezó en 1517, ayudó a precipitar el desastre al que se dirigía la vocación de la enfermería. La Iglesia había tratado de superar un entusiasmo menguante por la religión, pero había gentes empeñadas en encontrar su propio camino hacia una expresión verdadera de una simple fe cristiana, y habían estado concentrando energías para afirmarse. En esta época trabajaban dos grupos destacados de reformadores, esto es, los que estaban del lado de la Iglesia y los que unían su suerte a la del revolucionario *Martín Lutero*, en un tiempo monje mendicante alemán y ahora jefe de un grupo separatista llamado de los "Protestantes" (los que protestaban). Países enteros empezaron a definirse como francamente conservadores o protestantes en su tendencia general. Allí donde antes no hubiera más que una iglesia las había

ahora dos, distinguidas una de otra por los nombres de católica y protestante.

En las zonas en donde la mayoría popular adhería a las creencias antiguas, había reformadores que proseguían sus esfuerzos en vista de la corrección de abusos por medios más lentos que los de la rebelión. Uno de los representantes de este grupo fue *Ignacio de Loyola*, un soldado español quien, en 1534, inspiró la creación de una orden de clerecía docente que ayudara a resolver el problema por el conducto de la educación. Los misioneros de esta Sociedad de Jesús, conocidos comúnmente como *Jesuitas*, eran predicadores militantes que defendían la ortodoxia, pero fueron al mismo tiempo los primeros maestros preparados, equipados, además, con un método de una perfección poco común. Adonquiera que fueran despertaban respeto por su saber, y ocupaban un lugar de primer plano como educadores, especialmente en instituciones de los grados superiores. En esta época de lucha, la Iglesia católica celebró su apoyo que se vio reforzado, poco después, por la fundación de la *Orden de Santa Ursula* (patrona de las muchachas vírgenes), orden femenina dedicada a la educación de muchachas. Muchas escuelas conventuales fueron fundadas por las Ursulinas en Europa.

En 1545, un consejo general de autoridades eclesiásticas fue convocado en Trento, Italia, con objeto de examinar medios y maneras de eliminar las causas de crítica y de clarificar la posición de la Iglesia. Esta reunión duró dieciocho años, y su labor fue tan importante durante dicho tiempo, que este *Concilio de Trento* se ha considerado desde entonces como una de las reuniones eclesiásticas más famosas y decisivas. Se reafirmaron postulados doctrinales, se examinaron las relaciones financieras y se definió a fondo la posición de la Iglesia.

Sin embargo, los dos grupos religiosos no lograron en absoluto hallar un terreno común de tolerancia. Por otra parte, el soberano de cada país se esforzaba porque su pueblo entero pensara y creyera como él lo hacía. El resultado fue una época de odios crueles, con un desarrollo enorme de sectas, como escape para el individualismo en auge. Se produjeron guerras civiles, y el punto álgido se alcanzó en un conflicto internacional conocido como la "Guerra de los Treinta Años" (1618-1648). Se combatieron ideas políticas, económicas y religiosas, llegándose finalmente a un estado de tolerancia religiosa relativa. Con objeto de disfrutar de una verdadera libertad religiosa, algunas gentes empezaron a abandonar el Viejo Mundo por el Nuevo.

TRASLADO DE LA CULTURA EUROPEA A AMERICA

No mucho antes del descubrimiento de América, el espíritu de aventura penetró Europa y condujo a algunos individuos a la India, a China y el Japón. El resultado más trascendente de estos contactos extranjeros fue el despertar de la conciencia europea a las ventajas del comercio y del poder aumentado mediante las riquezas venidas de fuera. Pero la expansión verdadera sólo empezó al descubrirse inesperadamente un nuevo continente. En esta época, España, Portugal e Inglaterra estaban listas y dispuestas a aprovechar la oportunidad. Francia terminó una de sus guerras y siguió luego a dichos países.

Una Nueva España, una Nueva Francia y una Nueva Inglaterra surgieron del otro lado del Atlántico, y Portugal se apoderó de lo que ahora es el Brasil. El continente norte había sido dividido, antes de transcurrir tres siglos, entre las potencias europeas en secciones casi transversales. La sección más al Sur pertenecía a España, la del medio a Francia, y las tierras más al Norte, Terranova y una franja de la costa del Atlántico eran inglesas. Lo que ahora es California quedaba lejos, a través de grandes desiertos, ríos y altas montañas, y era uno de los lugares más remotos de la tierra.

Fuera español o francés, el precursor en América pertenecía a la fe católica y era, por lo regular, un individuo al que gustaba la aventura. Si era fraile o sacerdote, trabajaba con celo en la cristianización de los indios. El coloni-

zador inglés, en cambio, era protestante y estaba decidido a crearse allí un hogar para sí y su familia, en una tierra a la que había venido en busca de libertad de religión. Cada uno de los grupos nacionales llevaban consigo costumbres de su patria y esperaba trasladar a América la cultura europea. Viejas y nuevas ideas, superstición e ilustración, monaquismo y puritanismo, todo ello se estableció en la nueva tierra. Sin embargo, vino también a América el espíritu del Renacimiento del siglo XVI.

De todas las naciones que especulaban con la colonización, España es la que parece haber sido en los inicios la más afortunada. En México y Panamá encontró una tierra que poseía ya un alto grado de civilización, y además minas de una riqueza fabulosa y reservas de oro extraído. Podía empezar inmediatamente a embarcar tesoros para casa, y es lo que hizo efectivamente. Muchos de sus aventureros nobles encontraron fortunas personales y establecieron su residencia en una tierra que les brindaba libertad de iniciativa. Crearon una universidad, una escuela de medicina y un magnífico hospital en la ciudad de México. Introdujeron el arte español, vestían con la riqueza de los famosos grandes y alegraron la vida para todos, con música, danza, cintas, dorados y brillantes colores. Caballeros de plumas vistosas hacían la corte a bellas señoritas.

Los vecinos franceses de la Nueva España triunfante llevaron también alegría con ellos, pero no encontraron

FIG. 34. Nueva Inglaterra, Nueva Francia y Nueva España.

una oportunidad tan obvia de riqueza, poder y vida fácil. Tanto el clima como los indios americanos eran menos amables, y la extracción de la riqueza resultaba más difícil. Algunos de los nuevos colonos regían extensiones de tierra como señores de haciendas feudales en miniatura, "señorías", según las llamaban. Solamente unas pocas mujeres francesas osaron abandonar su querida Francia y constituir una vida social en un medio tan austero. Sin embargo, lo mismo que los españoles, los franceses no eran en absoluto contrarios al cruzamiento con la gente a su alrededor. Poblaciones franco-indias no tardaron en figurar al lado de la combinación hispano-india, que fue la primera de las muchas mezclas que habían de formarse en el crisol americano.

La influencia de los ingleses fue distinta y duró más tiempo en la vida de América. Su religión era sencilla y a menudo ruda en su expresión. La observancia del sábado era estricta, y el inglés cultivaba la virtud del trabajo con todas sus fuerzas. Trajo consigo, de Inglaterra, a su esposa, y su ideal consistía en un buen hogar, un hogar mejor, si posible, que el que había dejado en la "vieja patria". Era el suyo un tipo substancial de carácter resistente que le hacía apto para enfrentarse a las graves dificultades con las que tenía que luchar. Los indios del Norte eran más fieros, el clima del Norte era más rudo, y la rocosa Nueva Inglaterra sólo producía alimentos de mala gana y no contenía nada de oro.

La Iglesia protestante regía la vida intelectual de Nueva Inglaterra del mismo modo que la Iglesia católica regía las de Nueva España y Nueva Francia, y cada ciudadano asumía ocasionalmente las funciones suplementarias de granjero, abogado, médico o consejero político. La vida del precursor americano, de cualquier nación que fuera, seguía bajo la influencia de Europa. La separación no le liberaba de la carga de sus dificultades políticas o de las corrientes de su pensamiento. Los barcos que avanzaban tan lentamente y con tanto peligro a través de un vasto océano hacían lo que hace hoy en día la radio: constituían un medio de transmitir tanto lo bueno como lo malo. Las guerras libradas en casa por las potencias colonizadoras habían de combatirse también en América. Al propio tiempo, una gran era de desarrollo industrial, que había empezado en Inglaterra y se manifestaba ya en el continente, estaba causando una rápida evolución en los modos de vida. América, cuyo comercio era en parte la causa de esta evolución, experimentaba inevitablemente la influencia de las corrientes cambiantes, tanto en su propia organización industrial como en la vida de su pueblo.

LA MEDICINA DEL RENACIMIENTO

Lo mismo que en los campos del arte y la literatura, así se produjo también en el campo de la medicina un renacimiento de la ciencia de un pasado clásico, con nuevos puntos de vista, nuevos métodos e individuos destacados para explotarlos. Durante toda la Edad Media, el pensamiento científico había cedido el paso al pensamiento anticientífico, y Galeno había acabado por compartir el destino anterior de Hipócrates. La superstición y la charlatanería se habían impuesto a los dos, y los dos habían sido casi olvidados. Los conocimientos de la anatomía del cuerpo humano eran muy exiguos, y la cirugía había llegado a tenerse en menos. Sin embargo, durante varios siglos había habido indicios de un interés científico renovado en el estudio de Aristóteles, el maestro de todo saber. En algunos monasterios, como en las universidades, más de un estudioso se estaba preparando para el día de mañana. *El Renacimiento del siglo XVI comprendía a la medicina.*

Numerosos nombres se hicieron ahora prominentes, en tanto que ninguno había igualado en dos mil años el de Hipócrates. Viejas teorías se revelaron falsas. La nueva era se anunciaba a través de *Paracelso* (1493-1541), un suizo criado en Italia, quien lanzó al viento la tradición médica desgastada por el tiempo, empezó a pensar por su cuenta e invitó a los demás a que hicieran lo mismo. Introdujo nuevos medicamentos, entre los que figuraba el

mercurio para el tratamiento de la sífilis; mejoró la terapéutica y compartió con los de su tiempo las deducciones que estaba en condiciones de extraer a partir de una vasta experiencia.

La tarea de llevar a la medicina la ciencia fundamental de la anatomía correspondió a Andrés Vesalio (1514-1564), alemán que estudió en París y cuya creencia en la necesidad de la disección le condujo a practicarla en secreto y desafiando la ley. La parte del progreso debida a Vesalio fue la de demostrar que la teoría de Galeno se basaba más bien en la anatomía animal que en la humana. Su propio libro, *De Fabrica Humani Corporis* constituye el fundamento de la anatomía actual. Uno de los discípulos favoritos de Vesalio fue *Gabriel Falopio* (1523-1562), que avanzó más que su maestro y describió, entre otros de los órganos diminutos, los ovarios y las trompas que llevan su nombre.

La vida de *Ambroise Paré* (1510-1590), radical francés, está asociada al avance de la cirugía hacia una posición de mayor dignidad. De joven había sido aprendiz de barbero, siendo aceptado más adelante en el Gremio de los Barberos-Cirujanos. Fue él quien reintrodujo el empleo de la ligadura de las arterias que sangraban a causa de heridas por arma de fuego, heridas que sus contemporáneos trataban con aceite hirviendo. Fue partidario asimismo de una menor interferencia con la naturaleza de lo que era corriente en su tiempo, y la inscripción en un monumento que Francia erigió a su memoria explica dicha actitud con sus propias palabras: *Je le pansay, Dieu le guarit* (Yo le vendé, Dios le curó).

Aproximadamente en dicho tiempo, el surgir de distinciones sociales y profesionales entre barberos y cirujanos empezó a manifestarse en Inglaterra y en el continente. Se estaban poniendo requisitos para la preparación en vista de la práctica. El médico era un individuo con estudios académicos, en tanto que el cirujano era un hábil artesano. Cada vez se fueron imponiendo más restricciones a la labor del barbero, si bien una separación completa de su función con respecto a la del cirujano no se produjo todavía por algún tiempo.

En el siglo XVII, *William Harvey* (1578-1657), inglés, dio impulso al estudio de la fisiología al descubrir el sistema de la circulación de la sangre, con el corazón actuando a manera de bomba central. Su sola recompensa fue la burla por parte de muchos de sus contemporáneos y el apodo, que le fue colgado, de el "Circulador". *Athanasius Kircher* (1602-1680), un monje jesuita, se servía de un microscopio y relacionaba los microorganismos con la infección. *Anton van Leeuwenhoek* (1632-1723) hizo de la mejora del microscopio su contribución y escribió muchos tratados científicos útiles para la medicina acerca de la vida microscópica y de la histología vegetal.

En tanto que la ciencia se estaba afirmando en un campo en el que florecían los charlatanes, sus adeptos tendían a hacerse discursivos y escolásticos y a perder de vista al paciente, en sus disquisiciones acerca del origen de la vida y la salud. En reacción contra esta tendencia, un inglés, *Thomas Sydenham* (1624-1689), insistió en la antigua práctica hipocrática de observar los síntomas con el mayor detalle y de describirlos minuciosamente, consiguiendo restablecer el punto de vista clínico. Influyó también sobre el curso de la medicina por su descripción detallada de las enfermedades dominantes, abogando por el aire fresco en lugar de la atmósfera cargada del cuarto del enfermo, simplificando las recetas y abandonando ingredientes repugnantes en los que hasta allí se había creído.

El tratamiento de los enajenados mentales hasta la última parte del siglo XVIII fue notable sobre todo por su falta de humanidad. En Inglaterra, al propio tiempo, un cuáquero llamado *William Tuke* introdujo métodos de mayor comprensión en un receso o asilo establecido por él mismo. En Francia, *Philippe Pinel* siguió un ejemplo belga al abandonar el empleo de las cadenas embarazosas e instituyó también otras reformas humanitarias.

En 1798, *Edward Jenner,* un inglés, descubrió un método satisfactorio de

vacuna contra la viruela, permitiendo así evitar una de las numerosas epidemias que durante mucho tiempo atormentó a la humanidad. Las innovaciones de esta clase sirven para ilustrar una tendencia del pensamiento médico que revela la voluntad, por parte de individuos clarividentes, de descartar viejas ideas por otras nuevas. Sin embargo, el mecanismo científico seguía siendo incompleto, y la superstición seguía dominando la práctica médica corriente como dominaba las creencias del público. Mientras de vez en cuando unos médicos daban en curas que resistieron las pruebas de la ciencia ulterior, otros exponían teorías que no las resistieron. Mientras tanto, tanto el médico como el lego conservaban su fe en el poder de los individuos de actuar unos sobre otros para bien o para mal, y en dos casos, cuando menos, el siglo XVII vio a esta creencia ganar terreno.

Se estaba atribuyendo gran importancia ahora a la ceremonia del Toque real, que ofrecía a la víctima de escrófula una promesa de cura si un soberano real ponía sus manos sobre él. De ahí que se designara a la escrófula con el nombre de "Mal del Rey". El diccionario moderno la define como "tuberculosis de los ganglios linfáticos y, en ocasiones, de los huesos y las superficies de las articulaciones, con abscesos de supuración lenta y pasajes fistulosos, estando las estructuras inflamadas sujetas a degeneración caseosa". La superstición formada alrededor de esto degeneró en el empleo de medallas tocadas por la mano del rey y llevadas alrededor del cuello por la persona escrofulosa.

En oposición al carácter benéfico del Toque del rey, destacaba la influencia nociva del espíritu maligno, y la imaginación le atribuyó la forma de una anciana y el nombre de "bruja". La gente del siglo XVII acusaba siempre más a este causante del mal al presentarse alguna enfermedad. Su desamparo se expresaba cuando menos en forma de una manía que descubría tales espíritus malignos en vecinos, especialmente si éstos mostraban alguna peculiaridad de carácter, cuya destrucción se solicitaba. Miles de víctimas inocentes de la aprensión pública, a menudo individuos ligeramente perturbados, fueron ejecutados por esta razón en una forma u otra. El método favorito consistía en colgarlos, y la manía se extendió a América, donde terminó en el escándalo que dio fama a Salem, Massachusetts.

LA MEDICINA EN AMERICA

Allá lejos, en América, tierra peligrosa entonces y aislada, la salud de los exploradores o inmigrantes había carecido por completo de guía. Frailes dominicos o franciscanos, o sacerdotes jesuitas, acompañaban las expediciones españolas y contaban por lo regular con alguna experiencia médica. Monjas y curas iban con los franceses y proporcionaban el lujo de la atención de enfermería. La mayoría de los barcos llevaban a alguno del tipo inferior de los cirujanos, que tenía acaso la fortuna de poseer un equipo ganado en un aprendizaje. Las compañías colonizadoras inglesas contrataban a médicos, pero es el caso que el practicante médico profesional raramente permanecía en las colonias por más de un año, porque no era corriente que poseyera el entusiasmo de los pioneros, que se requería para aguantar sus penalidades.

El resultado era que la medicina colonial, especialmente en Nueva Inglaterra, se encontrara en manos de cualquier hombre provisto de alguna instrucción tan pronto como la madre de familia de un hogar consideraba que un caso iba más allá de su competencia. Los curas, los maestros de escuela y los jefes políticos, todos compartían igualmente la responsabilidad cual elementos de consejo. Algunos de ellos habían estudiado un poco de medicina, otros se basaban en los contados libros de medicina hogareña entonces existentes, y todos ellos mezclaban su inteligencia con la superstición europea o india dominante y con muchas plegarias.

"De medicina, los puritanos sabían poco y practicaban menos. Bebían dosis de brebajes raros y repelentes, llevaban talismanes y amu-

letos, encontraban alivio en remedios internos y externos que no podían ejercer la menor influencia sobre la causa del mal, y si todo ello fallaba, recurrían a la voluntad y la misericordia del Señor. La cirugía era cosa de extracción de muelas y de eliminación de dislocaciones, y si bien se practicaban autopsias, no tenemos dato alguno acerca de la competencia del practicante. El arte de curar, lo mismo que la enfermería y la obstetricia, estaban con frecuencia en manos de mujeres... Había cierto número de médicos regularmente preparados, pero ningún médico tenía más que algún conocimiento superficial de medicina".[1]

La enfermedad estaba constantemente al acecho, en proximidad del hombre blanco. Sus primeras casas fueron unos refugios en ruinas, faltos de condiciones higiénicas y con poca agua. La fiebre amarilla constituía un enemigo mortal. El sarampión, la escarlatina, la viruela y la difteria eran a menudo epidémicas, y el tifus propendía a hacer su aparición tan pronto como la nieve se derretía. Los indios en contacto con comunidades blancas sucumbían fácilmente a sus enfermedades. El peregrino y el puritano lloraban continuamente a los muertos, en cuya memoria erigían los miles de lápidas que parecen estar inescapablemente alineadas todavía delante de toda la Nueva Inglaterra. Los nombres y las edades inscritos en las mismas constituyen un recordatorio perpetuo del carácter inadecuado de los cuidados recibidos por las madres y sus niños en los primeros tiempos de un país que andando el tiempo había de adquirir prestigio internacional en la práctica de la medicina.

A medida que pasaban los años, las condiciones de vida mejoraron. Al aumentar la prosperidad, bellas casas vinieron a reemplazar las primitivas chozas mal ventiladas y sin drenaje. Es en estas casas de la segunda generación que pensamos al referirnos al periodo colonial. Pero las colonias seguían, con todo, disponiendo de pocos médicos, y los charlatanes aprovechados habían de someterse en ocasiones a castigo.

[1] Andrews, Charles M.: *The Fathers of New England. The Chronicles of America.* Copyright, Yale University Press, New Haven, vol. VI, p. 82.

Aprendices médicos. Las oportunidades de la enseñanza médica estaban limitadas a la instrucción personal por médicos individuales. Algunas veces, un médico transmitía lo que sabía a un hijo, y otras veces aceptaba un aprendiz. Este podía contar o no con el título de bachiller. El médico le permitía leer sus libros de medicina, examinaba con él puntos de práctica médica, le hacía visitar a determinados pacientes y le ocupaba en los momentos de ocio, con tareas como las del aseo del consultorio o la alimentación del caballo. Lo mismo que en la industria, el aprendiz de médico iba avanzando lentamente a través de un periodo de entrenamiento casi totalmente práctico, que por lo regular duraba de cinco a seis años. Luego, si podía permitírselo, el nuevo médico emprendía un largo y costoso viaje a Inglaterra o Europa, en donde estudiaba en escuelas médicas y observaba procedimientos en hospitales. Y si esto no estaba al alcance de sus medios, pasaba inmediatamente a la práctica y la compartía, a menudo, con individuos que no tenían preparación alguna.

El método del aprendizaje tenía sus ventajas, porque el aspirante a la práctica médica entraba en contacto directo con pacientes que representaban la clientela privada del maestro y vivían a menudo muy lejos unos de otros. El aprendiz era responsable en gran parte de sus cuidados y de la mejoría de su estado. Las distracciones sociales eran pocas, y la intimidad de la conferencia privada con el maestro iluminaba los textos y los casos. En cuanto a sistema didáctico, en cambio, el aprendizaje dependía demasiado de la combinación adecuada del instructor y el aprendiz, y no ofrecía a este último norma alguna de práctica o teoría. No protegía al público frente a la incompetencia. En Europa, en donde el médico podía estudiar en una universidad y el cirujano aprendía un oficio manual mediante aprendizaje, era precisamente esta diferencia la que ofrecía a uno el privilegio de pertenecer a un grupo que no reconocía al otro. En América, en cambio, esta distinción desaparecía automáticamente, toda vez que las condiciones requerían que las dos funciones fueran realizadas por el mismo individuo.

Creación de las escuelas de medicina. La Guerra Revolucionaria y sus consecuencias pusieron de manifiesto el carácter inadecuado de la protección médica y estimularon la adopción de medidas encaminadas a remediar la situación. Sin embargo, las secciones de medicina no encontraron lugar en las escuelas superiores y las universidades hasta después que Harvard, la primera universidad norteamericana, contara ya más de cien años. Después fueron organizadas en rápida sucesión en el Colegio de Philadelphia, en 1765 (más adelante parte de la Universidad de Pennsylvania); en Harvard, en 1783; en Dartmouth, en 1798, y en Yale, en 1810. El medio Oeste siguió con sus escuelas propias, y había escuelas médicas comerciales que surgían como por arte de magia. Cuatrocientas escuelas de medicina se habían fundado antes de 1860, siendo muchas de ellas culpables de que médicos muy deficientemente preparados atendieran al público. Se hacía muy poco para reglamentarlas, y había cursos breves y maneras fáciles de conseguir la condición de médico. La instrucción era con frecuencia de muy pobre calidad, las bibliotecas eran inadecuadas, y no había laboratorios ni oportunidad alguna, o sólo poca, de practicar la disección. A menudo la escuela no tenía conexión alguna con una universidad y ni siquiera con un hospital.

En los primeros tiempos de la colonización, los médicos hubieron de ser a menudo individuos solitarios, privados casi por completo de contacto con los que estaban interesados en la labor y el progreso médicos. Con objeto de remediar esta situación, la América del siglo XIX presenció una gran creación de sociedades médicas, organizadas sobre una base colegial, municipal, de distrito o estatal. Las primeras se constituyeron para el examen de problemas comunes, redactándose algunos informes de las reuniones. Se estaba formando una conciencia de grupo y manteniendo un amor propio de grupo que hicieron posible la eliminación de abusos en la práctica médica y la mejora de las oportunidades de enseñanza en América.

La Asociación Médica Americana. Para 1846, los tiempos estaban listos para una acción concertada, y se celebró en la ciudad de Nueva York un congreso de médicos. Se abogó en favor de ciertas mejoras en las escuelas de medicina y, en 1847, la *Asociación Médica Americana se creó con el propósito declarado de hacer progresar la medicina al servicio de la humanidad.* Entre sus diversos comités había uno llamado "Comité de Enseñanza Médica", que trabajaba en vista de la elevación de las prácticas médicas. La medicina en los Estados Unidos tenía ahora la fuerza de la organización para respaldar las reformas necesarias y para presentar proyectos en vista del progreso de la enseñanza siguiendo criterios médicos.

Progresos en medicina. Los esfuerzos individuales en favor de la mejora de la práctica médica no faltaban. *Oliver Wendell Holmes,* profesor de anatomía de la Universidad de Harvard, era también un practicante general de medicina quien, a partir de la observación de casos de maternidad, llegó a una opinión que anticipaba la asepsia obstétrica moderna. En 1843 la publicó a intención de sus colaboradores, con el título explícito de *On the Contagiousness of Puerperal Fever* ("Del carácter contagioso de la fiebre puerperal"). El aplauso no fue inmediato; de hecho, la aprobación profesional le fue negada, y la idea se ridiculizó. Del otro lado, en Europa, *Ignaz Semmelweis,* médico de Viena, había logrado en 1867, mediante la práctica de la limpieza, reducir el porcentaje de defunciones, en una sala de maternidad, del 10 por 100 a un poco más del 1 por 100. También él publicó un trabajo con el título de "Etiología, Carácter y Profilaxis de la Fiebre Puerperal", que los contemporáneos europeos se negaron asimismo a aceptar. Y no sólo se burlaron de su colega progresista, sino que le persiguieron a tal punto, que sufrió un colapso mental. En 1846, los doctores *Crawford Long* y *W. T. G. Morton* introdujeron el empleo del

éter cual anestésico general. Un año después, *Sir James Simpson* se servía del cloroformo en Inglaterra con el mismo propósito.

Los asuntos americanos, mientras tanto, habían progresado rápidamente a pesar de las guerras. Se ponían en ejecución grandes proyectos de desarrollo de ingeniería y agricultura. Las fronteras avanzaban continuamente en dirección occidental, hasta que, en 1849, el descubrimiento de oro en California las colocó en la costa del Pacífico. Los vacíos en el campo del trabajo que los pioneros del Oeste dejaban tras de sí eran llenados por inmigrantes. Millones de personas cambiaron sus residencias en un espacio relativamente breve de tiempo. La medicina las fue siguiendo siempre, y fue atravesando también etapas precursoras de desarrollo juntamente con ellas. Iba siempre un poco adelante, al empezar la labor exploradora, hasta que, finalmente, se puso a la altura de la medicina europea. Individuos que habían adquirido riqueza en América se complacieron en dotar a las universidades a la manera de los príncipes europeos.

LA ERA DEL SANEAMIENTO

Hasta en 1837, al subir la Reina Victoria al trono de Inglaterra, el gobierno no había hecho de la salud una de sus obligaciones. La prevención de las enfermedades era un sueño raro. Nadie había comprendido los principios de la higiene y el saneamiento. Las epidemias seguían ocurriendo como antaño, y unas pocas reglamentaciones de cuarentenas, que se habían originado en ocasión de las Cruzadas, eran el único medio aceptado, totalmente inadecuado, de control. Los servicios de salubridad no se conocían, pese a que la población estuviera ahora concentrada en las ciudades. La basura se echaba a la calle, en donde los cerdos hacían lo mejor que podían para eliminarla. No había cloacas municipales, y el agua de beber era extraída de ríos sucios o de pozos expuestos.

Individualmente, los ricos, los cultivados, los pobres y los ignorantes, todos eran iguales en cuanto a suciedad. La limpieza personal era algo difícil de conseguir, y la gente vivía feliz sin ella. Los servicios privados de baño distaban mucho de ser apropiados. El hogar abierto proporcionaba cantidades limitadas de agua caliente, y el agua fría había de traerse en ocasiones de una distancia considerable. Los baños públicos no eran accesibles como en los viejos tiempos de los romanos. Los vestidos eran pesados, difíciles de lavar, y se llevaban durante periodos largos. No se aplicaba lavado en seco alguno a la ropa femenina, que a menudo se pasaba de una generación a otra. La paja proporcionaba la cama para todos aquellos que no podían permitirse las enormes estructuras de madera de uso entre la gente acomodada. Las pulgas, las ratas, los ratones y los piojos convivían con todas las clases sociales.

Los tiempos estaban en pleno para que individuos interesados en el bienestar público empezaran a aplicar algunos de los resultados obtenidos por los científicos que habían estado trabajando por lo que no parece haber sido un largo periodo. Se debe a *Sir Edwin Chadwick* (1800-1890), *abogado* inglés, la iniciación de una gran era de sanidad alrededor de 1830. Una comisión empezó a estudiar la salud de las poblaciones y ciudades, y el gobierno asumió la función de promotor de la salubridad pública. Se insistió ante todo en la eliminación de las aguas negras y la basura y en la purificación del agua. Muchos gérmenes patógenos se eliminaron mediante una destrucción adecuada de la materia en putrefacción, y las condiciones higiénicas empezaron a mejorar. Aparecieron a continuación individuos y algunas mujeres en diversas partes del mundo para ayudar a hacer posible la legislación, para demostrar métodos estadísticos, mejorar la calidad del servicio médico, estudiar las epidemias y descubrir las fuentes de las enfermedades.

Entre los nuevos higienistas figura *Sir Sidney Herbert,* quién era ministro de la guerra al estallar la de Crimea en 1854 y pudo confiar en su amiga *Miss Florence Nightingale,* para encontrar en ella un interés inteligente en la higiene militar y en su desarrollo,

en la medida en que los recursos científicos de la época y el espíritu militar conservador lo permitieran. En América, *Lemuel Shattuck* (1793-1859), *lego* de ideas sociales interesado en la estadística, estaba formando las bases de un movimiento correspondiente, que había de acabar conduciendo a la creación del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos.

MUJERES DEL RENACIMIENTO

El Renacimiento fue un periodo en que los europeos tuvieron tiempo de pensar. Las grandes y las pequeñas guerras habían cesado por algún tiempo. El imperialismo romano y el feudalismo habían sido superados, y una joven y vigorosa sociedad había crecido lo bastante para ocupar su lugar como un grupo de naciones. Los individuos querían ahora ser libres, vivir sus propias vidas, ser ellos mismos y ser felices. Un mundo en vías de engrandecimiento aumentaba sus oportunidades y proporcionaba satisfacción a aquel afán de aventuras que, en forma subconsciente, había animado una gran parte de sus luchas.

El papel pasivo impuesto hasta ahí a las mujeres empezó a cambiar a medida que se hacía extensivo a ellas el privilegio de la enseñanza. Empezaron a esperar del hombre las maneras amables y la devoción que la caballería decadente había introducido y había hecho deseable. Había entre ellas figuras prominentes, como Isabel de Inglaterra y María de Escocia, cuya posición o belleza hacían posible exigir aquella conducta de los cortesanos y establecer las normas que todos los hombres debieran seguir en su trato con las mujeres. No se permitía que la caballería muriera. Había muchas obras de poesía, drama romántico y cantos dedicados a los encantos de las mujeres que eran bellas y buenas a la vez.

Había ahora tres grupos sociales, a saber: la clase alta o de la aristocracia, la clase media o burguesa, y la clase baja o trabajadora. En los tiempos de Florence Nightingale (1820-1910), las mujeres de las clases superiores se habían hecho parte de una aristocracia que desaprobaba el trabajo manual. Sabían varios idiomas, conocían algo de música y a menudo se entretenían pintando. Una ola de romanticismo, que hallaba expresión en una literatura sentimental, envolvía su adolescencia en una misteriosa luz rosada, atenuada por la formalidad que ponía a la mujer aparte para su culto. Había algunas mujeres que anhelaban servirse de su inteligencia en forma más activa y, prescindiendo de las convenciones, encontraban manera de hacerlo.

Las nuevas oportunidades de instrucción del periodo que empieza con el Renacimiento estaban limitadas a las mujeres de la nobleza y de las familias acomodadas de la clase media. La enseñanza tenía lugar en la casa, primero por maestros, y luego por maestras. En ocasiones, padres cultivados, como Mr. Nightingale, se encargaban de proporcionar a sus hijas una instrucción complementaria. Entre los italianos, una mujer podía adquirir ocasionalmente reputación como oradora, predicadora, doctora o abogado, como p. ej., la abogado caracterizada por la *Portia* de Shakespeare, en "El Mercader de Venecia". En otras partes de Europa, en cambio, las mujeres permanecían en mayor reclusión.

Por mucho tiempo la instrucción formal de la mujer no hizo progresos notables. Siempre había unas pocas, por supuesto, que se aventurabañ en terrenos intelectuales porque sentían el impulso independiente de hacerlo. Entre ellas las hubo algunas que se atrevieron a ser las primeras en patrocinar los derechos de sus hermanas. En conjunto, sin embargo, si bien la posición de la mujer mostraba una tendencia a mejorar y ella había conseguido algún reconocimiento como ser de capacidad intelectual, es lo cierto, con todo, que hasta aquel momento no disfrutaba de la igualdad legal con el hombre. A los ojos de la ley, las mujeres eran menores de edad. No podían poseer propiedad alguna, y todos los negocios de carácter legal habían de efectuarse por conducto de sus esposos. La mujer ideal del hombre poseía la gracia y la devoción de Julieta, más bien que el saber y el valor de Portia.

En América, por el tiempo en que el movimiento de los precursores se puso en marcha hacia el Oeste, los hijos de los primeros colonizadores se habían hecho ya más resistentes y confiados. La mujer del precursor trabajaba al lado de su esposo, haciendo todo lo que se presentaba y sus manos eran capaces de hacer. Menos impedida por las tradiciones de sociedades más antiguas, le resultaba más fácil adaptarse a una vida expuesta a toda clase de peligros y, en la medida en que su formación individual lo permitiera, se fue alejando del convencionalismo y de las diferencias de clase.

ORIGEN DEL FEMINISMO

Ya a principios del siglo XVII empezaron a oírse de parte de mujeres, y también de algunos hombres de vez en cuando, afirmaciones valientes por lo que se refiere a la igualdad de aquéllas con éstos, así como a su derecho a la educación. Poco a poco, estas voces se fueron haciendo más fuertes y adquiriendo volumen, llegando inclusive a ahogar las de aquellos que se les oponían. Mientras los hombres se ponían de un lado o de otro, un grupo de mujeres valerosas y obstinadas, famosas ahora por haber patrocinado la causa de su sexo, ganaron para sí el nombre de "feministas".

Las feministas acabaron por postular cosas que sólo podían alcanzarse con el tiempo y por medio de lucha, como p. ej. los privilegios legales y académicos para la mujer, una reforma del matrimonio que lo pusiera sobre una base más bien de preferencia que de arreglo, así como el derecho de voto y de desempeñar cargos públicos. Andando el tiempo, la Guerra Revolucionaria en América y la Revolución Francesa en Europa despertaron en la gente la conciencia de los derechos en cuya virtud los hombres podrían participar más equitativamente en las cosas buenas de la vida; era natural, pues, empezar a pensar también en los derechos de las mujeres y hablar de ellos con mayor insistencia.

La era que siguió al final de las guerras napoleónicas, en 1815, fue un tiempo de paz relativa en que la intranquilidad social, la agitación económica e intelectual, la repentina eclosión del genio inventivo y los grandes adelantos conseguidos en materia de comunicaciones y transportes se reflejaron todos ellos en las vidas de las mujeres. En forma constante éstas fueron saliendo de la reclusión que les habían impuesto los peligros de la Edad Media y los conflictos religiosos subsiguientes. Muchas de las niñas nacidas en aquellos días habían de dedicar sus vidas a actividades poco comunes y algunas se convirtieron en figuras universales a las que se recordará siempre porque hicieron del mundo un lugar mejor para vivir.

La extensión del sufragio a las mujeres fue uno de los puntos controvertidos de la época. Las mujeres se reunieron para proclamar su derecho a este privilegio al darse cuenta que las reformas sociales que ellas deseaban requerían la fuerza del voto para lograrse. Algunas patrocinaron con el mismo empeño un movimiento abstemio. Sobresalieron en los dos grupos *Elizabeth Cady Stanton* (1815-1902), *Susan B. Anthony* (1820-1906) y *Frances E. Willard* (1839-1898).

Algunas mujeres empezaron la mejora de las oportunidades de instrucción. Se fundaron numerosas escuelas y se escribieron muchos libros. *Emma C. Willard* (1787-1870) inició un seminario para muchachas, mientras encontraba tiempo además para escribir poemas que comprenden el popular *Rocked in the Cradle of the Deep* ("Mecida en la cuna de la profundidad"). *Catherine Beecher* (1800-1878), hermana del famoso predicador Henry Ward Beecher, creó asimismo un seminario y escribió bajo títulos edificantes, como p. ej. *True Remedy for the Wrongs of Women* ("Verdadero remedio contra las injusticias de la mujer") y *Letters to the People on Health and Happiness* ("Cartas a la gente acerca de la salud y la felicidad").

La filantropía afectó inclusive más íntimamente las vidas de otro grupo de mujeres. *Elizabeth Fry* (1780-1845) emprendió la reforma de las cárceles, tarea desagradable. *Harriet Beecher Stowe*, hermana de Catherine Beecher, escribió "La Cabaña del Tío Tom" en interés de la emancipación de los negros. *Julia Ward Howe* (1819-1910), cuyo marido compartía la amistad de ésta por Florence Nightingale, se hizo predicadora y conferenciante interesada en la reforma de las cárceles y en la paz mundial, y fue autora de "El Himno de Batalla de la República".

Tres muchachas del círculo destacado encontraron su medio entre los enfermos y los heridos. *Dorothea Lynde Dix* (1802-1887) dedicó su vida al bien de los enfermos mentales. *Florence Nightingale* (1820-1910) puso de manifiesto la vergüenza de la pobre atención de los enfermos en los hospitales y creó un medio de asegurar una buena atención de enfermería mediante la enseñanza sistemática de mujeres jóvenes seleccionadas como enfermeras. *Clara Barton* (1821-1912), que vio el servicio hospitalario durante la Guerra Civil en América, dedicó luego su actividad y su influencia a la organización de la Sociedad Americana de la Cruz Roja. Y a todas estas ardientes reformadoras, principalmente mujeres de la clase media, se añadió otra mujer, *Victoria*, reina de un imperio, amiga de la buena voluntad internacional y de la mejora humana y exponente de una vida templada. Gracias a las normas sociales que estableció para ellas, apoyó sus esfuerzos durante la "Era Victoriana".

MUJERES DE LA REVOLUCION INDUSTRIAL

Las mujeres fuera de estos dos grupos —aristocracia y clase media acomodada— pertenecían a aquel grupo cuyos maridos eran artesanos en las ciudades, pequeños granjeros o labradores. Estas mujeres sufrieron mucho de la evolución social de su tiempo. La Revolución Industrial llevó nuevos y extraños problemas a las vidas de las campesinas. En efecto, la mujer que había llevado su hogar y dirigido las industrias del hilar y el tejer vio estas industrias alejarse de ella. Si permanecía en el campo, perdía su independencia y su prestigio social. Si era lo bastante joven para ser aceptada como trabajadora en la fábrica, se unía a la mujer del artesano de la ciudad y trabajaba a su lado en la gran fábrica. Y si era demasiado vieja para esto, permanecía en el campo para contemplar cómo la mísera pobreza la iba envolviendo a medida que su trabajo manual resultaba caro y la gente se acostumbraba, de manera muy rápida, a preferir los artículos hechos a máquina.

Las mujeres que se convirtieron en trabajadoras de fábrica lo pasaban tan mal como la campesina, si bien en cuanto asalariadas eran un poco más independientes que ésta. Ellas, sus maridos e inclusive sus hijos eran absorbidos por los procesos mecánicos que los inventos habían puesto en movimiento. Catorce horas de un trabajo diario que cada vez se hacía más acelerado dejaban poca energía o poco tiempo para las demandas de la vida. Había que formar los hogares en unas casas raquíticas, insalubres, sin intimidad para la familia, sin verde pasto comunal allí cerca donde los vecinos y los amigos pudieran reunirse, y sin facilidades de juego para los niños: únicamente la más estricta subsistencia para todos.

Con el correr del tiempo, las ciudades rápidamente amontonadas fueron perdiendo su carácter de novedad, y la degradación de los seres humanos se hizo patente. No había monjas allí en la cercanía que enseñaran a los niños, ni ocuparon escuelas por mucho tiempo el lugar de aquéllas. La mujer de la ciudad, sin instrucción, fatigándose en un interminable trabajo duro y monótono, sabía que sus hijos cansados eran a veces azotados para hacerlos trabajar más aprisa. No había leyes que prohibieran el trabajo de los niños; de hecho, por espacio de muchos años ninguna legislación protegió al trabajador de la industria. Los trabajadores eran víctimas de terribles accidentes mientras aprendían a manejar máquinas accionadas por fuerza motriz, porque los dispositivos de seguridad no existían en los primeros tiempos de la

industria, y los niños y los adultos, cansados y desnutridos, resultaban víctimas fáciles. Las atenciones médica y de enfermería no estaban organizadas, y no existía plan de compensación alguno.

La mujer de la clase baja perdía la fuerza moral en esta atmósfera, y nada tiene de sorprendente, pues, que la casa pública la atrajera lo mismo que a su marido. Se hizo vulgar y se endureció. Cuando estalló la Revolución Francesa como protesta contra las locas extravagancias de su hermana, *Maria Antonieta,* y la corte que la rodeaba, las mujeres de dicha clase revelaron un deseo casi inhumano de hacer la paz con ella y los suyos. De hecho, el espíritu de venganza con que se lanzaron a la acción constituye no sólo una expresión del daño causado inconscientemente por la industria, sino también una promesa de demanda de los derechos de la mujer, al mismo título que los del hombre.

DECADENCIA DE LA ENFERMERIA

Las condiciones políticas revueltas, el Renacimiento, la Rebelión Protestante, el nivel general bajo de la medicina y la posición de las mujeres, todo ello afectó la enfermería durante el periodo de 1500 a 1860. El espíritu esencial del Renacimiento, la ilustración intelectual, sólo podía tocarla indirectamente, porque la enfermería seguía siendo un arte fuera de los dominios intelectual y estético, aunque sensible a las influencias de ambos. El alejamiento de la Iglesia de grandes números de fieles tributarios que se pasaban a los protestantes redujo considerablemente el número de las monjas en las instituciones monásticas. Una falta general de interés en la vida monástica lo rebajó más todavía, y la supresión monástica llegó al punto culminante de su decadencia. Para Lutero y otros protestantes, la existencia de muchos miles de monasterios molestos parecía un obstáculo que sólo podía eliminarse mediante la supresión forzosa.

Un extenso movimiento en favor de la supresión de los monasterios produjo condiciones semejantes a las que tuvieron lugar en la Inglaterra de Enrique VIII (1491-1547). Este ni siquiera se tomó la molestia de cambiar de religión, sino que se aprovechó del desafecto protestante para liberarse de la autoridad pontificia. Con la mirada codiciosa fija en las propiedades monásticas, que representaban una quinta parte del reino, basó su revuelta en la mezquina excusa de la negativa, por parte de la Iglesia, a autorizar su divorcio. Sobre la base de informes presentados por una comisión real nombrada para inspeccionarlos, destruyó arbitrariamente más de seiscientos monasterios. Se destruyeron bellos edificios antiguos, cuyas heridas abiertas la hiedra flexible recubrió con reverencia. Vajillas preciosas, tesoros artísticos, vidrieras espléndidas, cualquier cosa de valor, hasta los objetos ornamentales de hierro labrado y el plomo de los tejados, todo ello fue destruido o arrebatado.

El resultado inmediato de la disolución de los conventos fue que hospitales y albergues fueron substraídos de repente a un público que había contado con ellos por espacio de muchos siglos. Los pobres fueron dejados sin el principal sistema organizado de alivio. Un substitutivo que se hiciera cargo de la caridad se pasó por alto, y mientras se libraban guerras por causa de opiniones religiosas, la atención de los enfermos y los pobres, misión suprema del cristianismo, se negligía. Una falta general de interés por la vida monástica impidió la introducción eficaz de reformas en las instituciones que subsistían.

Otro efecto de la Reforma fue el paso total de la medicina del monasterio a la universidad. En esta forma, la medicina encontró un refugio que no tuvo la enfermería. El progreso médico quedó asegurado, en tanto que las técnicas de la enfermería permanecieron estacionarias bajo la guardia de las *Béguines* y de otras órdenes seculares y de aquellas pocas monjas que encontraron la manera de proseguir su práctica. Sobresalieron entre estas últimas las agustinianas del *Hôtel Dieu* y de los hospitales del *Heilige Geist* ("Espíritu Santo"). Sin embargo, la enseñanza

de la medicina en las universidades afectó muy poco las actividades del practicante general. Mientras unos pocos médicos se daban cuenta de la necesidad de algo mejor, la mayoría de ellos se daban por satisfechos, por lo visto, con el bajo nivel de la enfermería existente.

Excepto si obligada por la cruel necesidad de hacerse maestra de niños, ninguna mujer trabajaba fuera del hogar si no formaba parte de la clase industrial. Las mujeres que encontraban empleo como enfermeras en los hospitales es que no servían ni para la industria. Por lo regular eran inmorales, borrachas y analfabetas: el grado más ínfimo de la sociedad humana. Una decadencia en la calidad del servicio público para los enfermos, observable ya a partir de fines de la Edad Media, se fue haciendo cada vez más pronunciada.

Se puso ahora de manifiesto un cambio en la organización del servicio hospitalario. En efecto, aquello que durante muchos siglos había sido gratuito se estaba convirtiendo ahora, lentamente y a regañadientes, en un servicio pagado. El público necesitaba siglos para adaptarse a la idea de haber de pagar dinero por la atención durante la enfermedad y para restablecer el atractivo profesional en favor de la enfermería, sin duda una función cardinal del hospital. Por otra parte, el público había de aprender también a distinguir la enfermería del servicio doméstico, puesto que se había confundido con éste. Mientras tanto, la situación empeoraba todavía por efecto de la mala administración, de falta de personal e inclusive de explotación deliberada. Las mujeres perdieron el control de la enfermería cuando hombres, que eran empleados civiles, asumieron la dirección y retuvieron la autoridad de las mujeres llamadas *matronas,* a las que pusieron al frente de una chusma empleada como enfermeras. El hecho de que entre estas últimas hubiera alguna cuya responsabilidad en la dirección de la sala la dignificara con el nombre de "hermana", esto constituía un expediente político. En efecto, "hermana" era una palabra que se había conservado para complacer al público porque, tanto entre los ricos como entre los pobres, se hallaba asociada a la simpatía y el estímulo que irradiaba la monja en el convento.

La segunda mitad del periodo comprendido entre 1500 y 1860 vio la enfermería en su peor estado y se ha designado como "el periodo obscuro de la enfermería". Se habían construido nuevos hospitales, pero es el caso que condiciones insalubres los convertían en fuente de muchas de aquellas epidemias que contribuían a mantener la esperanza de vida a un nivel promedio tan bajo como el de unos dieciocho años. A los pobres, como se llamaba a aquellos para quienes la gente proporcionaba grandes edificios sombríos y sucios, los asociaban con el extremo de la miseria. Dentro de aquellos muros tristes, casi sin ventanas, había grandes salas capaces para un centenar de pacientes cada una. Las mujeres y los hombres no siempre estaban separados, y las enfermedades sólo raramente. No era infrecuente que el enfermo fuera puesto en una cama ocupada ya por varios compañeros, estando tal vez los muertos y los que deliraban lado a lado, junto a aquellos que vivían todavía y conservaban el uso de razón. En un cuarto a la salida de semejante sala, la enfermera que había estado de servicio todo el día dormía durante la noche, de modo que pudiera oír a los pacientes y atender a sus llamadas.

En las salas de esta clase, las camas estaban tan cerca unas de otras que, inclusive si hubiera habido personal para efectuarlo, el aseo era prácticamente imposible. Toda clase de basura se reunía y permanecía debajo de las mismas. Sólo había en servicio unas pocas camas de hierro, en tanto que la cabecera de madera, los colchones de paja o de pluma y las chinches eran abundantemente conocidos. Las prácticas de enfermería, por sencillas que hubieran sido hasta allí, se hicieron más simples todavía. Los pies y la cara, que anteriormente se habían lavado antes de que un pobre afectado de enfermedad ocupara una cama del hospi-

tal viniendo de la calle sucia, se dejaban ahora sin lavar. Los baños de cama ni se intentaban. Los tratamientos generales prescritos para todas las enfermedades eran la sangría y la purga, hecho que, cuando menos, ahorraba a las enfermeras fatigadas la rápida adaptación moderna requerida por una atención más individual.

Si bien no se esperaba que mujeres respetables se dedicaran a la enfermería en tales condiciones, se criticaba, con todo, a las que lo hacían de borrachas, despiadadas e inmorales. Estas mujeres recibían una paga y una comida muy exiguas. En cambio se esperaba mucho de ellas. El trabajo de la casa, el fregar y el lavado de la ropa absorbían una gran parte del tiempo, y las horas de servicio oscilaban de doce a —en ocasiones— cuarenta y ocho horas seguidas. Para el servicio nocturno solía emplearse a mujeres ancianas. En el diurno, en cambio, eran algo más jóvenes. No se pedía entrenamiento previo ni se tenían en cuenta las condiciones personales de carácter.

Ningún cambio iba a producirse hasta mediados del siglo XIX. Esta fue la influencia que vino con los emigrantes a Nueva Inglaterra, y éstos fueron los antecedentes del desarrollo de los hospitales y la enfermería. De hecho, pocas diferencias se observan entre las descripciones de los hospitales de aquellos días, ya se encuentren éstos en Inglaterra, en la Europa continental o en la Nueva Inglaterra.

La persona que padecía enfermedad mental estaba en peor situación todavía que la que estaba afectada de una dolencia física. En efecto, pese a los intentos de liberarla de las pesadas cadenas, distaba mucho, con todo, de ser tratada como un ser humano. Lo más probable es que su celda fuera angosta y húmeda, su alimentación deficiente y los remedios rudos. Se le aplicaban acaso cantáridas o sinapismos a la cabeza, se le administraban fuertes purgantes o eméticos, o bien se la sumergía en agua fría o se la apaleaba. Se buscaba que la familia se sintiera desgraciada.

Las cárceles. Sin embargo de todos los infortunados que habían de ser internados los que estaban en peores condiciones eran los presos. La sociedad consideraba que tenía contra ellos un resentimiento justificado y los trataba en consecuencia. Las siguientes descripciones de cárceles, una de Europa continental y otra inglesa, presentan cuadros tenidos por fidedignos de sus métodos:

> "Había aquí un tinte de cárcel en cada cosa. El aire encarcelado, la luz encarcelada, la humedad encarcelada, los hombres encarcelados, todo estaba deteriorado por el encierro. Si los presos estaban escuálidos y demacrados, el hierro estaba enmohecido, la piedra estaba viscosa, la madera estaba podrida, el aire era enrarecido y la luz escasa. Como un pozo, como una bóveda, como una tumba, la cárcel no tenía noción alguna de la luz brillante de fuera".[2]

> "Brandon fue llevado a Newgate, la cárcel más repugnante del Londres de entonces, destinada a los reos de delitos capitales, en tanto que Ludgate era para los presos por deudas. Aquí fue echado en un calabozo subterráneo que ensuciaba el agua que rezumaba del foso a través de la vieja mampostería y animaban todas las cosas ruidosas que se arrastran. No había allí cama alguna, ninguna silla, ningún pavimento, ni siquiera un manojo de paja: simplemente las paredes vaheantes cubiertas de moho y el arco sin ventana arriba... Protesté y rogué y traté de sobornar, pero de nada me sirvió: el carcelero había sido sobornado ya antes de que yo llegara. Pese a que no pudiera serme nada bueno, me alegré de estar fuera de los muros de la cárcel, en la lluvia abundante, por todo el resto de aquella infausta noche, por estar lo más cerca posible de mi amigo y sufrir un poco con él".[3]

Las monjas agustinianas. En el crepúsculo y la obscuridad que envuelven la enfermería en aquellos siglos, entre 1500 y 1860, brilla una tenue lucecita. La sostiene una orden de monjas que seguía la regla de San Agustín. Esta orden puramente de enfermería, la primera de la Iglesia, fue fundada en 1155 y tuvo a su cargo una pesada parte de las dificultades que se produjeron en los hospitales, en tiempos en que las luchas políticas y religiosas mantenían a los países invadidos por enfermedades en lo que parecía ser una agitación interminable. Prestaban sus servicios principalmente en los hospitales de las grandes ciudades y estaban bajo la vigilancia del clero, pero trabajaban también en ocasiones a las órdenes de la administración de un hospital. Nada tiene de sorprendente que se las criticara porque en ocasiones desobedecían las órdenes de los médicos y que hubiera de enseñárseles que la buena enfermería de los pacientes implica una colaboración leal con los médicos. Pero hay que reconocer, al propio tiempo, que el ascetismo que motivaba su devoción severa a la labor escogida las hace acreedoras a nuestro agradecimiento por preservar las prácticas de enfermería al desaparecer los monasterios, cuando la enfermería secular estaba todavía muy poco desarrollada.

[2] Charles Dickens, en *Martin Chuzzlewit*, 1911.

[3] Charles Dickens, en *Martin Chuzzlewit, in Flower*, 1907.

La vida de la monja agustiniana era estrictamente monástica. Renunciaba al mundo y a los vínculos con la familia a continuación de un noviciado que duraba doce años o más. A partir de entonces, el resto de la vida se la pasaba en algún hospital, cuya monotonía sólo rompía ocasionalmente un servicio como enfermera privada en una casa particular. Llevaba un vestido blanco y, cuando había alcanzado la categoría de hermana, se tocaba la cabeza con una cofia. En el famoso "Hôtel Dieu", según París llamaba extrañamente el hospital que mantenía, estas monjas se convirtieron en figuras heroicas, si bien el precedente de fatiga sin reposo que establecieron había de revelarse en alguna forma como infortunado para las enfermeras del futuro. De una tarea a otra, las agustinianas pasaban por una enseñanza sistemática de la enfermería, y cada año sus funciones de dirección y administración del hogar iban en aumento. No había conferencias ni clases, ni recreo alguno o sólo poco. Cuidaban a los enfermos y fregaban, cocinaban, cosían y lavaban la ropa sin auxilio alguno de los de nuestros servicios modernos. Resulta difícil, tal vez, representarse su método para realizar la función de lavanderas, como lo es, asimismo, concebir su elección de uniformes blancos en sus condiciones de trabajo. Todos los días había una "pequeña limpieza" de su hogar de más de seiscientos pacientes, y casi cada seis semanas había de tener lugar lo que cabría calificar apropiadamente de "gran limpieza". El trabajo se hacía en el río Sena, independientemente de la estación o de la temperatura del agua. Metidas en ésta hasta las rodillas, las monjas remojaban, enjabonaban, golpeaban y enjuagaban hasta que todo estaba hecho. Luego volvían a la atención de los enfermos que, en ocasiones, se repartían una cama entre seis. Cuando por amor de estos pacientes pedían que se les adjuntaran algunas asistentes, no tardaba en saltar la respuesta ahora clásica de que "siempre estaban tratando de no hacer nada".

FIG. 35. Una Monja agustiniana. ("Se hicieron cargo de la antorcha". Cortesía de Will Ross, Inc.)

Sugestiones para estudio

1) Redáctese una descripción general de las condiciones sociales al apun-

tar sobre el mundo occidental el año 1500.

2) a) Establézcase una lista general de autores, escultores y pintores famosos del Renacimiento, añadiendo algunos nombres a los que se mencionan en el texto e indicado las principales realizaciones de cada uno. b) Añádanse los nombres de algunos científicos de la época, incluidos Copérnico, Kepler y Galileo.
3) Obténgase de alguna tienda o de la Perry Pictures Company, en Malden, Massachusetts, reproducciones de algunos famosos cuadros como los siguientes:
   La Primavera, de Alessandro Botticelli.
   Pinkie, de Sir Thomas Lawrence.
   El muchacho azul, de Sir Thomas Gainsborough.
   La Duquesa de Devonshire, de Sir Thomas Gainsborough.
   La última cena, de Leonardo da Vinci.
   Mona Lisa, de Leonardo da Vinci.
   La Madona Sixtina, de Rafael.
4) a) Compárense las actividades de Martín Lutero en Alemania y de Ignacio de Loyola en España durante la Rebelión Protestante. b) ¿Cuál era la relación de las Ursulinas con los Jesuitas?
5) Dése una relación de la colonización de América por los gobiernos español, francés e inglés.
6) Dígase lo que se sepa acerca de la Revolución Industrial y de su efecto sobre el ciudadano corriente.
7) a) Establézcase una lista de médicos famosos y sus contribuciones durante este periodo. b) Muéstrese cómo la superstición persistía pese al progreso en varios campos.
8) a) ¿Qué sabe la estudiante de la práctica de la medicina en la América colonial? b) Nómbrense algunas de las primeras escuelas médicas de los EE. UU. de Norteamérica.
9) ¿Cuáles eran las condiciones dominantes en materia de higiene?
10) Examínese la posición de las mujeres del Renacimiento desde los siguientes puntos de vista: a) tipo de vida esperado de una buena mujer; b) actitud frente al trabajo fuera del hogar; c) título que se daba a la enfermera y su significado; d) tipo de la persona que inspeccionaba la labor de enfermería; e) una orden únicamente de enfermería, de la Iglesia católica, que mantuvo valerosamente la profesión a través de múltiples dificultades.
12) ¿Cuál fue la contribución de las monjas agustinianas durante aquel periodo?

Bibliografía

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957, Cap. 4.

Dark, Sydney: The Story of the Renascence. Modern Readers' Bookshelf. Nueva York, George H. Doran.

Dexter, Elizabeth Anthony: Colonial Women of Affairs. Boston y Nueva York, Houghton Mifflin Co., 1924, Cap. 4.

Dickens, Charles: Martin Chuzzlewit. Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1911.

Fox, Ruth: Great Men of Medicine. Nueva York, Random House, 1947.

Hayes, Moon, y Wayland: World History. Nueva York, The Macmillan Co., 1955.

Kent, Rockwell (dir.): World-Famous Paintings. Nueva York, Wm. H. Wise and Co., 1939.

Nutting and Dock: A History of Nursing. Nueva York y Londres, G. P. Putnam's Sons, 1907, Vol. I, Cap. 14.

Raynor, Edwin: Famous Cathedrals and Their Stories. Nueva York, Grosset and Dunlap, 1935.

Raynor, Edwin: Famous Statues and Their Stories. Nueva York, Grosset and Dunlap, 1936.

Schoolman y Slatkin: The Story of Art: The Lives and Times of the Great Masters. Nueva York. Halcyon House, 1940.

Schubert, Marie: Famous Paintings and Their Stories. Nueva York, Grosset and Dunlap, 1934.

Capítulo 8

PRIMEROS HOSPITALES DE LAS AMERICAS

LA NUEVA ESPAÑA

Cuando el italiano *Colón* obtuvo la ayuda de la reina Isabel de España en favor de su proyecto de abrir rutas occidentales para el comercio con Oriente y terminó la aventura poniendo pie en una isla cerca del borde de una extraña nueva tierra, puso la oportunidad al alcance de la mano de más de un caballero audaz. Relatos de riquezas fabulosas inflamaban los corazones aventureros. Y relatos de indios ignorantes volvieron a encender el espíritu de las Cruzadas. Lo más bravo de España tomó el barco para el Nuevo Mundo tan pronto como pudo.

Hernán Cortés, soldado experto del rey de España y buen organizador al mismo tiempo, conquistó lo que hoy llamamos México. Respondió con crueldad a los ofrecimientos del gobernante azteca bien intencionado, *Moctezuma,* a quien la leyenda le había hablado de un dios blanco, que por lo visto aparecía ahora bajo la forma de Cortés. Los españoles no tardaron en aprovecharse de las riquezas no sólo de los aztecas, sino también de los toltecas, los mayas y los incas, a los que hemos encontrado en un territorio que se extiende de México al Perú. En las ciudades indias existía una civilización que comprendía, entre otros, medidas sistemáticas para la atención de los enfermos, médicos, enfermeras y hospitales. La cultura india había efectuado también algunos progresos en las regiones adyacentes, al Norte y al Oeste. Los habitantes de éstas habían alcanzado la etapa agrícola, pero en los demás lugares, en cambio, en la montaña y el llano, había tribus nómadas cuya actitud frente al extranjero variaba, por lo visto, con el carácter benigno o rudo del clima en que vivían.

Entre estas tribus cazadoras, los hombres vivían todavía en el desarrollo de la Edad de Piedra. El brujo de los pueblos primitivos era su médico, y la *squaw* o mujer herbolaria era su asistente y la enfermera. Algunas de estas tribus vivían en tiendas, en tanto que otras, en cambio, vivían en cavernas junto con los animales. Los nativos del Norte eran enérgicos, fieros y belicosos. Aquellos cuyos alrededores eran semitropicales, en cambio, eran perezosos e indolentes, pero con frecuencia dóciles. La mayoría parecen haber sido sucios en sus hábitos, especialmente los de las regiones norteñas, en donde la limpieza resultaba más difícil que en otra parte alguna. A las mujeres, los indios solían otorgarles las funciones de portacargas, cocineras, cuidadoras del hogar y auxiliares en los campos. Sin embargo, entre algunos indios se concedía a las mujeres la dignidad de asientos en los consejos de la tribu y, a menudo, la ascendencia de ésta a través de la madre le confería prestigio.

Se creó la necesidad adicional de medidas para la atención de los enfermos al zarpar el primer cargamento de aventureros desde un puerto europeo. Las duras condiciones del viaje dieron lugar tanto a casos mortales de escorbuto como al desarrollo de enfermedades contraídas antes de abandonar la pa-

tria. En su segundo viaje, Colón tuvo la precaución de llevar consigo a un médico. Exploradores, conquistadores y conquistados, todos estaban expuestos a infecciones contra las cuales no estaban inmunizados. Por desgracia, casi simultáneamente con esta necesidad apremiante, un periodo de depresión se iniciaba en la enfermería europea con el Renacimiento y la Reforma y se prolongaba con las revoluciones que tenían por objeto proclamar la libertad religiosa y los derechos civiles del hombre. Una gran era de descubrimientos facilitaba la propagación de las enfermedades en un tiempo en que las oportunidades de combatirlas eran menos adecuadas que nunca.

Los españoles, los franceses y los ingleses se enfrentaron al problema de la atención médica en formas diversas. España, cuyos beneficios financieros inmediatos eran los mayores, es la que estaba también mejor preparada para la labor de exploración en el extranjero. El protestantismo no había debilitado su Iglesia como la de otros países. Los tres nuevos grupos de misioneros a los que Europa acababa de dar origen, los dominicos, los franciscanos y los jesuitas, estaban listos, organizados y deseosos de ayudar. España se sirvió de ellos, y lo propio hizo Francia. La Inglaterra protestante, en cambio, no contaba con auxilio equivalente alguno, y la medicina y la enfermería se dejaron en manos de los individuos. Diversas órdenes de la Iglesia católica acompañaron a los españoles a América, haciendo recular las fronteras mediante la exploración, reemplazando el paganismo por el cristianismo y protegiendo, en la medida posible, la salud pública. A medida que fueron penetrando en regiones salvajes y viviendo con la gente de las tribus, se dedicaron con decisión a cualquier tarea que se presentara, animando al explorador cansado, enseñando a sus hijos y a menudo, cual médicos o enfermeros, atendiendo a los enfermos sin distinción entre amigos y enemigos. Los jesuitas, especialmente, llevaban registros sistemáticos. En diarios llamados "Relaciones" transmitían detalles nimios de la vida cotidiana a sus casas matrices. Estas Relaciones han llegado a constituir una fuente valiosa de la historia americana primitiva.

Origen de las misiones y los hospitales. El problema que se planteaba a todas las órdenes era muy parecido al que muchos años antes se habían enfrentado los monjes al tratar con los bárbaros que habían provocado la caída de Roma el año 476 d. J. C. La clave de la solución era la misma, porque el americano había de llevarse a un estado en que él y el hombre blanco pudieran vivir uno al lado de otro. En ausencia de monasterios establecidos, surgió un tipo monástico de institución, conocido como "misión", sobre las huellas de los misioneros de España o Francia. Se hicieron proposiciones amicales a los indios, se eligió un lugar para el culto, y los nativos se agruparon a su alrededor en comunidades autónomas que en ocasiones comprendían a varios miles de individuos. Se enseñaron la agricultura y los oficios lo mismo que la religión. En estas primeras misiones, difícilmente cabía esperar una atención bien organizada de los enfermos. Se producían epidemias abrumadoras de sarampión y viruela; tiempos difíciles durante los cuales los sanos habían de ayudar a los frailes en los cuidados de enfermería.

El primer hospital verdadero de América, el Hospital de la Inmaculada Concepción, fue construido y dotado por Hernán Cortés en 1524, en el lugar en donde se había encontrado con Moctezuma y los hombres cuyas tierras y oro había venido a conquistar. Con el nombre de Hospital de Jesús de Nazaret se levanta hoy todavía en la ciudad de México y refleja toda la belleza y amplitud de la arquitectura hospitalaria española bajo la influencia musulmana. Para Cortés representaba una acción de gracias por la victoria y la expiación de los pecados que se le pudieran haber olvidado al hacer la paz con el Señor. Su propósito era que el hospital extendiera sus beneficios a los blancos y los indios por igual, y puso la atención de los pacientes a cargo de una hermandad de enfermeros.

Siete años después de la fundación del Hospital de la Inmaculada Concepción en la ciudad de México, se edificó el hospital de Santa Fe en lo que ahora es Nuevo México. Esto fue empresa de unos padres cuya ambición los condujo a extender su misión a las proporciones de un antiguo monasterio.

Las misiones se fueron convirtiendo gradualmente en parte integrante del plan español de colonización, con su control centrado en la madre patria. Gozaban de protección militar a través de una línea de presidios o fuertes. En poco más de cien años, la línea de misiones y fuertes se extendió unos mil kilómetros a lo largo de la costa de lo que ahora es California. *Junípero Serra*, fraile franciscano, fue el encargado de llevar a cabo este vasto proyecto, y para 1776, cuando los colonos de Inglaterra proclamaban su independencia, su celo ardiente había llevado sus misiones paternalmente gobernadas, con sus escuelas y centros de entrenamiento manual, hasta la Misión de San Francisco, al Norte, así llamada en honor de San Francisco de Asís.

Con un pequeño grupo de adeptos en pardo sayal de San Francisco, el Padre Serra llevó el cristianismo a los indios de California. A través de la maleza y superando las montañas de California, anduvo a pie, poniendo los jalones de lo que más adelante había de ser el Camino Real, e hizo posible en esta forma la comunicación entre sus veintiuna misiones.

Las misiones de California acabaron por convertir a miles de niños indios a la fe cristiana, haciéndolos adeptos de la cruz que el Padre Serra plantó en las colinas. Su obra se veía constantemente interrumpida por epidemias de los hombres blancos, de las que los cementerios de las misiones cuentan la historia. Sólo en contadas ocasiones se disponía de un médico, de modo que la carga de la medicina y la enfermería descansaba, en gran parte, en él y sus 21 misiones.

LA NUEVA FRANCIA

No mucho después que Cortés empezara la colonización de la América española, *Francia* se apresuró a reclamar las tierras adyacentes a dos grandes corrientes de agua, esto es, el Río San Lorenzo, con su manantial en los Gran-

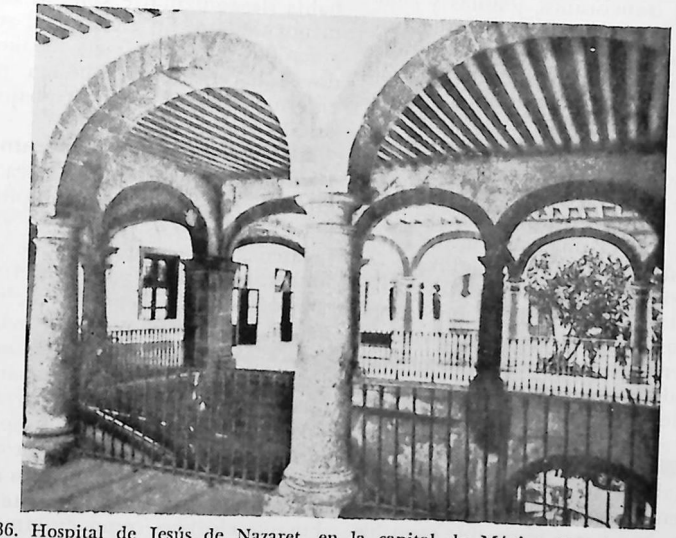


FIG. 36. Hospital de Jesús de Nazaret, en la capital de México. Es el primer hospital verdadero del que se sabe que fuera construido en el continente americano. Fundado por Cortés, alrededor de 1524, como Hospital de la Inmaculada Concepción. (Guillermo Kahlo.)

FIG. 37. Misión de Santa Bárbara, Santa Bárbara, California. Fundada en 1786 y ocupada todavía por Padres Franciscanos. (Publicado por Cardinell-Vincent Co., San Francisco.)

des Lagos, y el Misisipí que corre hacia el Sur, casi desde aquel punto, hasta el Golfo de México.

CANADA

En 1535, *Jacques Cartier* levantó una cruz y desplegó la bandera de Francia en el Cabo Gaspé, cerca de la desembocadura del San Lorenzo. Exploradores, frailes franciscanos, jesuitas y colonizadores le siguieron en lo que hoy es el Canadá (palabra que en indio hurón significa "establecimiento"). Para 1607, había establecimientos en Nueva Escocia y Québec, y los franceses se habían resignado a extraer su parte correspondiente de oro del negocio de las pieles, en lugar de las minas o de los depósitos de los tesoros indígenas. Fue la suya una tarea ardua, que la hostilidad de los indios agravaba.

Se produjeron las mismas dificultades debidas a enfermedades que en la Nueva España. El sarampión, la viruela y la tuberculosis causaron estragos entre los indígenas a quienes los europeos transmitieron estas enfermedades. El indígena se quejaba con razón del hombre blanco a causa de la calamidad que azotaba a su raza. La suciedad y el frío, en un grado superior a su experiencia, hacía casi imposible para los frailes combatir las enfermedades que se extendían con la violencia de un incendio forestal, sin hablar de hacer avanzar la religión entre los grupos errantes, que vivían durante largos inviernos en cabañas hacinadas con hombres, mujeres y niños, infestados todos ellos de piojos y rodeados de perros cargados de pulgas. En su celo por salvar almas, el pobre sacerdote trató inclusive de vivir en estos alrededores, pero no tardó en percatarse de que había de contentarse con un contacto menos directo. En efecto, con sus idas y venidas para bautizar a los moribundos y hacer lo que pudiera por los enfermos, la jornada de trabajo le resultaba corta.

El Hôtel Dieu y el Convento de las Ursulinas de Québec. La idea de establecer en Canadá un hospital permanente partió de un jesuita y retuvo la atención de una mujer de espíritu humanitario, la *Duquesa d'Aiguillon*, sobrina del *Cardenal Richeliu*, uno de los personajes políticos más influyentes tanto de Francia como en la Iglesia católica, hizo lo necesario para obtener una concesión de tierra con el permiso de crear este hospital en la ciudad de Québec, que entonces era un poblado de unos doscientos cincuenta habitantes, principalmente indios. Fueron elegidas como enfermeras tres monjas de la orden agustiniana, que es la que entonces atendía tantos de los grandes hospitales urbanos de Europa.

Mientras tanto, se sugirió la conveniencia de un orfanato y de una escuela para la educación de los niños indios y franceses, y otro miembro de la nobleza hizo suyo este proyecto. El entusiasmo de *Mme. de la Peltrie* la llevó inclusive más allá que el de la Duquesa d'Aiguillon. Decidió trasladarse personalmente al Canadá para poner la obra en marcha. La orden de Santa Ursula respondió a su llamado proporcionando monjas que eran maestras preparadas. En mayo de 1639, Mme. de la Peltrie y un pequeño grupo de agustinianas y ursulinas zarparon de Dieppe. Les tomó dos meses y medio llegar al puerto mercantil de Tadoussac, junto a la desembocadura del San Lorenzo. El minúsculo barco que las llevó jadeando a través del grande y poco conocido Atlántico las dejó allí. El mareo, la escasez de agua potable, la amenaza del mar y los témpanos flotantes se desvanecieron de la memoria al seguir aquéllas su viaje penosamente, corriente arriba, en un pequeño bote, viaje que les tomó otras dos semanas en las vivieron de bacalao salado sin cocer.

Fue el primero de agosto cuando llegaron a Québec, en donde los cañones del fuerte la saludaron y la aldea hizo fiesta. Al poner pie a tierra, Mme. de la Peltrie y las monjas se arrodillaron y besaron el suelo de aquel país soñado al que se habían dedicado para salvarlo y conservarlo para Dios y Francia. Después de la misa fueron llevadas a Sillery, a unos seis kilómetros de distancia, para visitar lo que constituía el orgullo de los jesuitas: el núcleo de una misión. Dentro del recinto de una empalizada levantada para protección contra los ataques de bandas hostiles de indios iroqueses se levantaban una iglesia, una casa de la misión, una enfermería y las cabañas rústicas para habitación de los indios convertidos. Toda vez que no se había preparado construcción alguna para alojamiento de las nuevas misioneras, a las monjas agustinianas se les cedió la enfermería para su empleo provisional como hospital.

Antes que las hermanas agustinianas desempacaran sus escasas pertenencias,

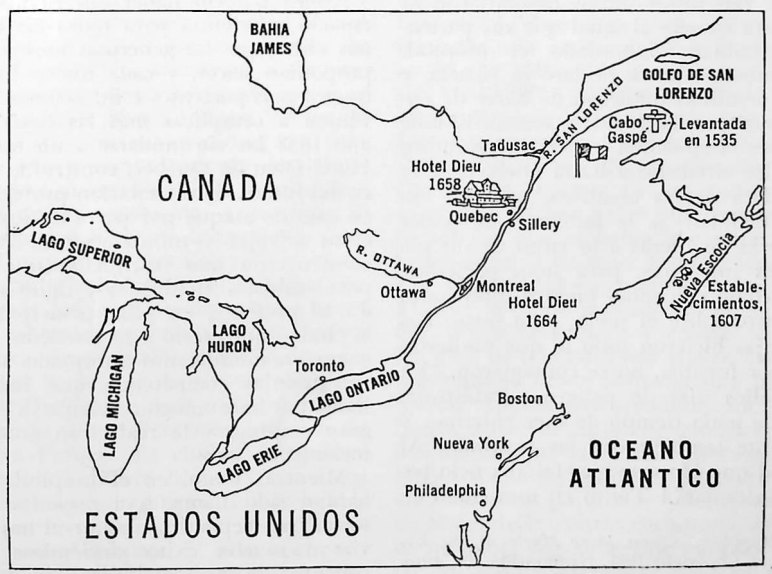


FIG. 38. Primeros establecimientos canadienses.

los enfermos se agruparon a su alrededor pidiendo asistencia. La ropa de cama traída de Francia resultó insuficiente, inclusive cuando trataron de salir del paso cortándola en pedazos. Había tantas camas, que hubo que construir más cabañas y utilizar la iglesia para pacientes complementarios. El calor del mes de agosto puede ser casi insoportable alrededor de Québec, y las monjas no tuvieron tiempo para rehacerse de un largo y pesado viaje. Lo resintieron fuertemente y, toda vez que su labor se hizo todavía más apremiante a continuación de una epidemia de viruela, se vieron puestas duramente a prueba. El esfuerzo para llevar a cabo prácticas acostumbradas de enfermería en alivio de indios sucios hacinados en cuartos inadecuados, las costumbres extrañas, las dificultades de proporcionar alimentos apropiados y suficientes, la falta de sueño, todo ello peso gravemente sobre sus hombros.

Sus compañeras, las ursulinas, no lo pasaron mejor. Habían sido alojadas en una pequeña tienda vacía, de madera, a orillas del San Lorenzo, justamente debajo de las alturas en las que se levantaban las fortificaciones de Québec. Los niños indios desbordaron la futura escuela al igual que sus parientes habían desbordado el hospital. También aquí se declaró la viruela, y las ursulinas hubieron de hacer de enfermeras antes que de maestras. El miedo de la epidemia impelió a los indios de los alrededores hacia Québec. A la barraca de las ursulinas, pues tal era en realidad, se le hubieron de poner hileras de literas a lo largo de sus paredes interiores, para unos pacientes, así como colchones puestos unos junto a otros sobre el suelo, para otros. Las monjas hicieron todo lo que pudieron y, por fortuna, no se contagiaron. "En aquellos días de peligro y catástrofe, nadie tenía tiempo de caer enfermo. Y así fue también con las ursulinas. Al igual que Hotspur, les faltaba ocio para enfermar".[1] Tanto en uno como en otro de estos dos hospitales de urgencia murieron muchos indios, tantos, de hecho, que los demás dejaron de acudir. Unos meses después, la enfermedad se extinguió por sí misma, y finalmente descendió sobre las ajetreadas monjas paz suficiente para que pudieran empezar a progresar.

Las agustinas se dedicaron con entusiasmo al engrandecimiento de la obra de Sillery. Llamaron a su hospital "Hôtel Dieu", y tuvieron libertad, como no siempre la habían tenido en Europa, de hacer que el espíritu que emanaba del mismo fuera el de una verdadera Casa del Señor. Su bondad se extendió más allá de la empalizada y afectó a la comunidad entera. El indio, sano o enfermo, era sensible a la amistad, y la amabilidad para con él contribuyó a proteger la colonia. Indias ancianas y niños, para los que ni la fortuna ni el invierno tenían miramiento alguno, encontraron un hogar. Un servicio de pacientes ambulantes, en el que las monjas distribuían cantidades de medicamentos, atrajeron a muchos otros a sus puertas y los despidieron confortados con las palabras amables que acompañaban a las medicinas.

Nunca pareció haber allí tiempo o espacio suficientes para todas las buenas obras que las generosas monjas se proponían hacer, y cada nuevo barco traía a más pacientes e infecciones que venían a complicar más las cosas. El año 1658 las vio mudarse a un nuevo Hôtel Dieu de Québec, construido cerca del fuerte, donde estarían protegidas en caso de ataque por parte de sus vecinos salvajes y nunca seguros. Aquí construyeron una institución que soportó muchas vicisitudes y sigue siendo, al presente, un pilar principal de la ciudad que creció a su alrededor, así como un monumento apropiado a las tres monjas competentes que fueron llamadas hace mucho tiempo a una gran empresa y la realizaron satisfactoriamente.

Mientras tanto, en el hospital que habían sido llamadas a organizar en forma tan repentina, las ursulinas tuvieron mucho éxito sirviéndose del concurso de mujeres indias. Sin duda, su preparación como maestras dejó su sello de calidad en esta *primera instrucción e inspección de enfermeras en América*. Tan pronto como les fue posible volvieron a la obra que se habían propuesto en primer lugar. Las pequeñas muchachas indias tenían gran necesidad de maestras si habían de crecer con los modos de la civilización y el cristianismo ser buenas esposas para los franceses y los indios. Habían de aprender a mantener limpios sus pequeños cuerpos, a llevar y cuidar los extraños vestidos franceses, a comportarse correctamente mientras comían en la mesa y, al propio tiempo, habían de aprender a cocinar, a cantar y a leer, así como a rezar y prestar la debida atención al servicio de la capilla. Habían de ser conducidas a practicar la bondad, en lugar de la crueldad.

El pequeño grupo firme de las monjas ursulinas hubo de sostener una prolongada lucha contra la pobreza antes que un bello convento de piedra reemplazara unos locales inadecuados. En 1660 se levantó en lo alto del acantilado de Québec, en unas trescientas áreas de tierra, el edificio más bello de la Nueva Francia. La ciudad de Québec les había regalado la tierra, y amigos habían mandado a operarios de la madre patria para construir los edificios con piedra del país. El gran convento de las ursulinas sigue hoy en el mismo sitio todavía. Aquí las jóvenes mujeres que arrostraron los temporales del Atlántico para convertirse en esposas de los colonos franceses encontraron protección. Este era el lugar del mercado del matrimonio, donde escogían a sus esposos.

El establecimiento de Montreal. La siguiente fase en el desarrollo del Canadá, después del establecimiento de Québec, fue la fundación de otro establecimiento unos trescientos veinte kilómetros más arriba del San Lorenzo, en la que había sido llamada ya "Isla de Montreal" (el *Mount Royal* = Monte Real, se levanta detrás de ella). Los promotores de la nueva colonia se aprovecharon de las experiencias de Québec. Incluyeron en sus proyectos originales un hospital y una escuela, y decidieron que, si había que optar, el hospital había de tener la precedencia. En 1641, el primer barco zarpó de Francia llevando a bordo un gobernador, cuarenta colonos y cuatro mujeres. Una de éstas, *Jeanne Mance*, había mostrado ya desde pequeña una inclinación religiosa poco común. Sin embargo, no se había hecho monja, y la inspiración que la llevaba ahora al lejano Canadá le venía de la lectura de las *Relaciones* populares y del ejemplo de Mme. de la Peltrie. Su propia fortuna no había sido suficiente para aprontar los fondos necesarios para su empresa, pero las donaciones generosas de

[1] Repplier, Agnes: *Mère Marie of the Ursulines*, Copyright 1931, reproducido con autorización de Doubleday, Doran & Company, Inc., Nueva York.

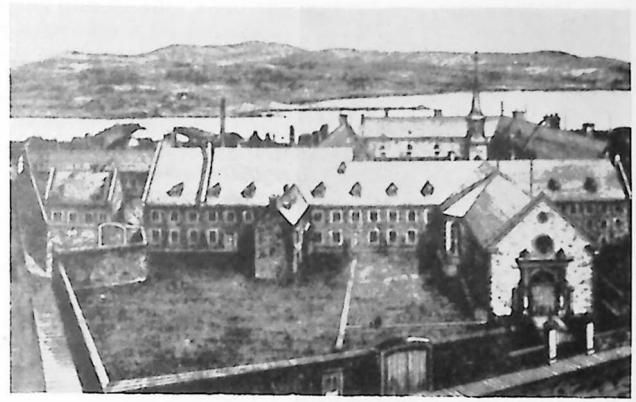


FIG. 39. Hôtel Dieu de Québec en 1825, en donde se ven las palizadas como protección contra los ataques de los indios. (De *Hospital Management*, septiembre de 1939.)

FIG. 40. Estatua de Jeanne Mance atendiendo a un soldado herido. (De *History of Medicine in the Province of Quebec,* de Maude E. Abbott, McGill University, Montreal, Canadá, 1931.)

Madame de Bullion, que se había interesado en ella, la habían asegurado financieramente por el momento.

El grupo colonizador se vio obligado a tomar tierra en Québec, porque el mes de agosto era ya demasiado tardío para abonar la tierra, sembrar y construir cabañas de madera de árboles que había que empezar por talar. En efecto, el invierno podía eventualmente precipitarse sobre ellos antes de que hubieran terminado su tarea y, tal vez, destruirlos. Un colono les hizo lugar en su granja, cerca de Sillery y de las monjas agustinas. La Srita. Mance vio de cerca la vida del explorador, sano y en caso de enfermedad. Aprendió a fondo el problema de tratar con el indio salvaje. Mme. de la Peltrie, de la escuela de las ursulinas, se hizo su amiga y extendió su simpatía al pequeño grupo de entusiastas, que estaban ocupados en construir botes para su viaje río arriba en la primavera. Al llegar este momento feliz, Mme. de la Peltrie los acompañó. En mayo de 1642 llegaron a la isla en la que habían de asentar el pequeño establecimiento que andando el tiempo se convertiría en la gran ciudad de Montreal.

EL HÔTEL DIEU DE MONTREAL. Para 1644, Mlle. Mance estaba establecida en un edificio de 18 por 8 metros, dividido en un hospital de dos salas, cuarto de servicio y cocina, y un cuarto para ella. Lo rodeaba una empalizada, porque las tribus fieras de los iroqueses eran uno vecinos siempre amenazantes, que merodeaban y disparaban flechas desde escondites en la selva y compartían con otros salvajes el placer de torturar a los cautivos. De Francia llegaron provisiones, equipo para la casa y la capilla, así como animales para empezar una pequeña granja. No se pensó en la asistencia médica, y la colonia dependía del sentido común de Mlle. Mance y de los conocimientos de medicina con que contaban unos curas misioneros. Afortunadamente, la vida de explorador endurecía a los hombres, y éstos rara vez necesitaban atención, a menos que se vieran atacados por alguna enfermedad epidémica o fueran víctimas de algún accidente o de la guerra.

Durante los quince años siguientes, Mlle. Mance atendió a los enfermos y extendió sus recursos a interpretar la hospitalidad cristiana a todos los que se cruzaron en su camino. En 1659, las dificultades que agobiaban a la organización colonial y su apoyo, la impelieron a trasladarse a Francia para ver lo que mediante un contacto más directo se dejaba hacer en su favor. Estando allí, se procuró los servicios de tres monjas de hospital de la Sociedad de *St. Joseph de la Flèche,* una de las cuales fue la primera superiora del hospital. Mlle. Mance no se retiró por completo de la dirección de la institución y fue de hecho la administradora real de sus negocios, hasta su muerte en 1673. Durante el siglo siguiente, todos los establecimientos franceses de Montreal, y también de Québec, pasaron al control inglés como resultado de la Guerra de los Siete Años, y el apoyo francés en favor de sus misiones de Canadá fue suspendido.

Por supuesto, el cambio de la administración política creó dificultades económicas que quebrantaron las vidas de todos los que habían tratado de buscarse un lugar en aquella parte del Nuevo Mundo. Las monjas de Québec estuvieron expuestas a los peligros de la guerra, pues la batalla decisiva de ésta se libró justamente ante sus puertas. En el convento de las ursulinas y en el Hôtel Dieu, los soldados franceses e ingleses heridos encontraron enfermeras que los atendieron, y fue a la capilla de las ursulinas que se llevó al héroe francés, *Montcalm,* para su entierro.

Las monjas del Hôtel Dieu de Montreal no sabían cómo arreglárselas para mantener su hospital funcionando, hasta que a una de ellas, se le ocurrió la idea ingeniosa de vender pan. Sus hornos se convirtieron inmediatamente en una fuente de ingresos y, antes de mucho, producían centenares de hogazas diarias. Con el tiempo, también, las grandes ollas empezaron a producir cantidades de jabón, con lo que dos industrias domésticas se habían desarrollado a escala comercial. Cosiendo, haciendo candelas y con otras actividades menores hicieron mucho por conservar una institución que la pobreza general hacía más necesaria que nunca en relación con la salud de la comunidad.

La historia de la vida de precursoras de las mujeres en América, tanto dentro de la Iglesia como fuera de ella, se nos presenta como extraordinariamente dura si no tenemos presente que dicha vida tiene también siempre, en todo tiempo y lugar, sus compensaciones. En efecto, un espíritu de colaboración anima a los que viven en aislamiento. Las cosas buenas y malas que le acontecen al individuo se comparten, y se obtiene mucha alegría de bagatelas. Se produce un sentido profundo de compañerismo, y no falta nunca el que sabe ver el aspecto gracioso de las cosas. Entre los colonos primitivos de Québec, una de las personas más queridas fue una ursulina feliz a quien la gente se acostumbró a llamar la "monja sonriente". Había curas que sabían compartir la diversión de aquellos que les miraban aprender a servirse de esquíes. Había muchas monjas capaces de sonreír con amigos o pacientes cuyo interés era atraído por los muchos y variados remiendos esparcidos en los hábitos usados, a tal punto que resultaba difícil decir cuál fuera la tela original.

Tal vez las mayores compensaciones eran las de estar en condiciones de adaptarse cada vez más rápidamente a las circunstancias cambiantes, de inventar y de ver madurar los frutos del trabajo y el pensamiento. En la América de los colonizadores, los europeos habían de aprender sus idiomas para salir adelante con los indios. Distinciones de clase otrora caras tendían a desaparecer. La ropa de vestir había de adaptarse a nuevos tipos de clima, y la alimentación se hizo necesariamente ruda y extraordinariamente simple. Había ocasiones en que no quedaba prácticamente dinero alguno y había que encontrar nuevos medios de asegurarse el sustento. Los hábitos blancos de las monjas se hicieron pardos al revelarse los primeros como inadecuados a las condiciones. A menudo se substituían los zapatos por los mocasines

del indio. Indias ancianas enseñaban la doctrina médica herbolaria. Se iba progresando lenta pero seguramente. Las tiendas y las construcciones de madera fueron reemplazadas por otras de piedra, y las granjas iban ocupando el lugar de la selva. Empezaron a desarrollarse las escuelas, las iglesias y las ciudades, y la alegría social era más frecuente.

Dos ambiciones coloniales se vieron cumplidas tempranamente. La riqueza fluía hacia la metrópoli, Francia, a través de las compañías mercantiles, y se establecieron misiones entre los indios. Sin embargo, hasta allí el aumento de población había sido lento. En cierto modo, el país había de colonizarse de modo permanente. Los hombres emigraban para seguir el comercio de las pieles a medida que se fue desarrollando en la Nueva Francia. *Coureurs de bois* ("Corredores de bosques") los llamaba, y éstos se acostumbraron a un tipo de vida media salvaje, despreocupada, en los bosques. No prometían convertirse en el tipo substancial de ciudadano que el país necesitaba para subsistir. La cuestión de aumentar la población de su colonia se hizo aguda en Francia. Era obvio que si aquélla había de progresar, había de haber más hombres que cultivaran la tierra y mujeres que les ayudaran a constituir hogares permanentes y a criar niños. Las muchachas indias educadas por las ursulinas cumplían en ocasiones lo que de ellas se esperaba casándose con un colono francés, pero las más de las veces volvían a su vida primitiva. La idea de un marido del que no pudieran separarse les era extraña, y no les gustaba.

El mercado del matrimonio. El año 1654 presenció la primera de una serie de importaciones de jóvenes muchachas de Francia que habían aceptado convertirse en esposas de colonizadores franceses. Algunas de estas muchachas se habían criado en asilos de huérfanos, en tanto que otras habían sido educadas en los conventos. Todas ellas eran seleccionadas cuidadosamente sobre la base del carácter. La experiencia reveló que el grupo más satisfactorio era el que provenía de hogares campesinos de Francia. En el viaje a través del Atlántico eran acompañadas por una monja o por una matrona pagada. Al desembarcar en Canadá estaban bajo la protección de las ursulinas. Venían al convento candidatos a maridos, con quienes las muchachas podían conversar libremente y cambiar preguntas. Algunas muchachas eran lentas en adoptar la gran decisión, y algunas resultaban difíciles de convencer. Podían rechazar a los pretendientes, pero, hasta estar casadas, vivían con las monjas. Al cabo de veinte años se habían creado, gracias a la cooperación de éstas, aproximadamente un millar de nuevos hogares. A menudo las acompañaban dotes reales y se ofrecían beneficios en relación con los hijos. Las familias coloniales raramente contaban menos de diez.

LOUISIANA

En los siguientes cien años Francia estaba atareada adquiriendo tierras, organizando el negocio de pieles y creando puestos avanzados en establecimientos a lo largo de las corrientes del San Lorenzo y el Misisipí. Otra colonia se había formado alrededor de la desembocadura del Misisipí y necesitaba maestras y enfermeras. Nueva Orleans era la puerta de entrada principal al territorio que bordeaba el gran río y que se había llamado "Louisiana", en honor del rey de Francia, cuya "ciudad natal" se había recordado también al bautizar a la joven capital de la región. Seis o siete monjas ursulinas respondieron al llamado y dejaron Francia en 1727. Su travesía fue azarosa y se prolongó durante cinco meses. Se vieron asaltadas por tempestades y perseguidas por piratas hasta que, finalmente, desembarcaron en el puerto de Belice, en la costa de Honduras. Otra semana azarosa la pasaron en dos pequeños barcos de carga que a través del Golfo de México las llevaron a Nueva Orleans. Aquí les fue un poco mejor que a las monjas de Québec. Su nueva residencia estaba lista, y la esclavitud proporcionaba auxiliares. La vida colonial era menos primitiva aquí,

y el lugar de su labor futura era una región fértil, en contraste con la rocosa Québec, aunque los mosquitos crearon un nuevo enemigo bajo la forma de la fiebre amarilla. Hubo que hacer frente a muchas epidemias de esta enfermedad, de cólera y de viruela. Trastornos políticos creaban peligros de guerras. Fue bajo la presión de muchas dificultades que la pequeña casa se fue transformando lentamente en el gran Hospital de la Caridad actual de Nueva Orleans. Se estableció asimismo una escuela conventual, que tal vez figurara en primer lugar en el objetivo de las ursulinas.

LA NUEVA INGLATERRA

Los españoles estaban firmemente establecidos en México, y los franceses reclamaban la región alrededor de la desembocadura del San Lorenzo antes de que siguieran marinos de la reina Isabel como piratas que robaban los tesoros que los barcos españoles se llevaban diligentemente para casa. Otros súbditos británicos se hicieron exploradores, y uno de ellos navegó alrededor del mundo. Así, pues, otro pueblo se veía aguijoneado por aquella inquietud que ha mantenido a la raza humana en movimiento incesante, aumentando su experiencia, buscando nuevos conocimientos y esparciendo continuamente sobre la tierra mejores formas de vida. En 1584, Inglaterra anunció sus pretensiones sobre una porción de la costa del Atlántico situada entre tierras reclamadas por España y Francia, y el área en cuestión fue llamada "Virginia", en honor de la reina virgen de Inglaterra, Isabel.

En 1607, una colonia llamada "Jamestown", del nombre del sucesor real de Isabel, fue establecida junto a la desembocadura de un río llamado "James". Su desarrollo se vio impedido por la decepción de gente que fueron allí a buscar oro y no encontraron ninguno. No creían que la vida en Jamestown valiera la pena, no veían manera de ganarse allí el sustento y dejaron por completo de adaptarse. Muchos de ellos murieron de hambre. El espíritu de la colonia estaba cambiado y su destino fue salvado por el constructivo *Capitán John Smith*, quien se declaró enemigo de los que se negaban a trabajar, trajo hombres de fuerza de carácter y habilidad manual comprobadas, construyó cabañas para colonos permanentes y empezó a hacer comercio con los indios. Pocos años después se introdujo la industria del cultivo del tabaco, se garantizó a los colonos la propiedad individual de la tierra, y el progreso se inició. Siguió una era de grandes propiedades y de formación de grandes fortunas. En última instancia, el tabaco se reveló como un buen substitutivo del oro y también tan lucrativo como las pieles, que habían sido el solaz de la colonización francesa.

Sin embargo, antes de que cualquiera de estas cosas llegara a ser realidad, la colonia tuvo una historia lamentable de dificultades y matanzas de indios, de enfermedad y de mortalidad elevadas. Sus miembros eran aventureros, con frecuencia jóvenes caballeros atrevidos, miembros de familias nobles. El aliciente consistía en la riqueza rápida que se proponían llevarse a casa. Ninguno de ellos comprendía que la higiene era indispensable en la vida de campamento. Faltaba la atención médica, porque los doctores contratados por la compañía de la colonización no querían quedarse. Había poca cosa allí que pudiera designarse como enfermería, y la nostalgia era deprimente. Las mujeres no aparecen en escena hasta en 1619, en que llegó a Jamestown un puñado de ellas que habían de subastarse como esposas. Los problemas de inestabilidad e ingreso habiendo sido resueltos, el establecimiento mejoró a la manera de un niño víctima de alimentación deficiente para el cual se ha encontrado finalmente el alimento adecuado. Y los inmigrantes acudieron en masa.

La colonización del Norte tenía dificultades propias, y el grupo de aproximadamente cien hombres y mujeres que la emprendió en 1620 hubo de soportar también grandes fatigas. El pequeño barco "Mayflower", en el que decidieron hacer su peregrinación a

América, los familiarizó con el peligro, el mareo y el escorbuto. Los desembarcó en una costa rocosa con bosques en mitad del invierno. Las lamentables pequeñas barracas que fueron capaces de construir eran absolutamente inadecuadas como hogares, e inclusive cuando el hielo desapareció y pudieron abonar la tierra, ésta sólo daba unas granjas pedregosas y estériles. Entretanto, la mitad de los colonizadores había perecido.

Finalmente, los supervivientes tuvieron éxito en su decisión de crear hogares permanentes, establecer un gobierno regular y seguir la religión que habían escogido. Los indios se les mostraron amigables, y si bien entre ellos la actividad misionera era limitada, trataron, con todo, de ser humanos y justos con aquéllos. Siguieron otros colonizadores y se desarrollaron otras colonias. América era lo bastante amplia para ofrecer hogares separados a todos aquellos grupos en que los cristianos se dividieron al separarse de la Iglesia única en la que por espacio de quince siglos habían adorado juntos a un mismo Dios.

Las medidas en vista de la atención médica de los colonos siguieron siendo inadecuadas, como lo habían sido en Jamestown. *Samuel Fuller,* diácono de la Iglesia que llegó con el Mayflower, actuó como médico de sus compañeros de la colonia Nueva Inglaterra durante trece años, y el precedente fue seguido por muchos años después. La plegaria constituía una gran parte del tratamiento, porque los pacientes esperaban que así fuera, y gente como Fuller la consideraban como una parte de su deber para con los enfermos. No se requería para ello título alguno, y cualquier hombre educado entre los colonizadores —cura, gobernador o maestro de escuela— se consideraba como bien preparado para ejercer la actividad de doctor. El charlatán ignorante prosperaba, y el folklore indio no tardó en obscurecer más las perspectivas todavía.

Los primeros colonizadores ingleses no tuvieron el servicio organizado de la misión o el convento ni la experiencia hospitalaria de la monja y el sacerdote. Las mujeres eran raras, pese a que las esposas de los ingleses acompañaran a sus maridos con mayor frecuencia de lo que hacían las de los españoles o los franceses. La mujer de Samuel Fuller fue lo bastante valiente para asumir la función de comadrona de la colonia, y hubo siempre algunas que siguieron esta ocupación o ayudaban a las familias durante las enfermedades. Cuando en el curso de su larga ronda de visitas muy distantes unas de otras el doctor encontraba a alguien cuya recuperación dependía de una vigilancia estricta, se lo llevaba consigo a su casa. Con la repetición de estos actos de hospitalidad, el hospital había de surgir a la larga, pero, a diferencia de los españoles y los franceses, estos primeros constructores ingleses de América necesitaron mucho tiempo para llegar a introducirlo.

El espíritu misionero de los colonizadores de la Nueva Inglaterra se puso de manifiesto en la preparación de manuales religiosos para los indios y en el establecimiento, en 1638, del Colegio de Harvard y, en 1750, del de Dartmouth, en donde se los pudiera preparar, juntamente con los hijos de los colonizadores, para el ministerio. Su idea de la atención en la enfermedad se muestra en dos grupos de citas seleccionadas: el primero, obra de un biógrafo de *Cotton Mather* (1663-1728), y el segundo, tomado del diario de *Samuel Sewall* (1652-1730). Los dos eran ministros puritanos de Massachusetts, hombres de espíritu público, graduados de Harvard, y los dos compartían la creencia de su época en la brujería. Cotton Mather se interesaba por la medicina y, hasta cierto punto, se servía de sus propios conocimientos. Sin embargo, esto no le impidió organizar juicios de brujería en los que su amigo, Mr. Sewall, se veía obligado, en calidad de Juez Principal, de respaldar una decisión legal. Que la creencia de este último en las brujas flaqueaba como consecuencia de haber de sopesar contra ellas el testimonio popular, esto lo demuestra el hecho de que más adelante se levantó de su banco, en la vieja *South Meeting House,* en Boston, para proclamar públicamente que deploraba la parte que había tenido en un juicio de seres humanos que confería a sus semejantes autoridad para colgarlos.

"En este tiempo, la medicina había de recorrer todavía un largo camino. Los individuos eran crédulos en éste como en todos los demás campos científicos. Las sirenas y los monstruos de mar eran hechos acreditados. Un marinero del barco que en 1686 llevó al librero Dutton a Boston había visto a una y otro en viajes a las Indias Orientales."

"Las deformidades se atribuían a brujería. El propio primogénito de Cotton Mather, nacido en 1693, carecía de ano y, pese a los esfuerzos hechos para aliviarle, murió a los tres días. Mather sospechó con vehemencia que aquello era cosa de brujería, ya que su esposa había sido asustada unas pocas semanas antes por un espectro."

"Estaba seguro que podría proporcionar un beneficio a Boston —nunca había olvidado su interés por la medicina— propagando las noticias de la inoculación, tratamiento del que se había enterado por una publicación de la *Royal Society* que le había sido prestada por el Dr. William Douglas, el único médico de Boston que poseía un título médico y el más inaccesible a la nueva idea. Si bien nunca había sido probado en América, Mather estaba seguro que muchas vidas podrían salvarse con el tratamiento en cuestión. Por consiguiente, preparó una declaración para los médicos de Boston que contenía un resumen de las publicaciones de la Royal Society."[2]

"N. B. Martes, 22 de diciembre de 1675, aproximadamente al tiempo del Eclipse la Hermana Sewall dio a luz en mi cuarto a una hija, siendo comadrona la madrina Brown."

"Esta noche, Eliza Damon, criada de Nash el Correo, muere alrededor de media noche de viruela, para gran susto nuestro, de que no vuelva a propagarse, como en 1678. Confiaba en que la ciudad estaba limpia de ella."

"Alrededor de la una de la noche, Jane viene por un portal desacostumbrado y nos hace un relato de la enfermedad de la madre... Fui a casa del Capt. Daviss y tomé algo de agua de melasa y jarabe de azafrán; la Sra. Ellis hizo un pastel de hierbas para tratar de reforzar el estómago de la Madre. En la mañana, Roger Judd es enviado a Cambridge a buscar al Dr. Oliver... Al llegar aconseja un emplaste sobre el estómago, que le es aplicado; y una poción hecha de bexar (bezoar) para tomar con jarabe de azafrán y agua de melasa; de la que tomó una o dos veces. Alrededor de las 8 ó las 9, a demanda suya, he llamado al Sr. Willard, que reza con ella."[3]

[2] Boas y Boas: Cotton Mather, 1928, pp. 40, 42, 170, 226. Con autorización de Harper and Brothers, Nueva York y Londres, editores.

[3] Samuel Sewall, *Diary,* dirigido por Mark Van Doren, Macy-Masius, Nueva York, 1927, pp. 8, 42, 123.

Los primeros hospitales. El desarrollo de los hospitales fue lento. En más de ciento cincuenta años antes de la Revolución Norteamericana (1775-1783) sólo 5 hospitales parecen haberse fundado en las colonias inglesas fuera del Canadá. Dos de ellos estaban situados en lo que actualmente es la ciudad de Nueva York, otros dos en Philadelphia, y un hospital especial para los enfermos mentales fue creado en Williamsburg, Virginia. Solamente en dos de éstos mejoró la calidad de la enfermería más allá de lo que hemos visto que constituye la característica de los hospitales urbanos en la madre patria.

Cuando Inglaterra se hizo cargo de la Nueva Amsterdam holandesa en la Isla de Manhattan, ésta se vanagloriaba ya de más servicios de caridad organizada de los que existían en las colonias inglesas. Había allí una casa para los pobres subvencionada por la Iglesia, y un pequeño hospital construido en 1658 era sostenido por la Compañía Holandesa de las Indias Occidentales. Este hospital, del que sólo tenemos escasa información, no era probablemente más que un refugio de urgencia para los individuos enfermos sin hogar.

Nueva Amsterdam se convirtió en Nueva York, y se levantó en ella cual anexo a su hospital un Taller Público y Casa de Corrección *(Publick Workhouse and House of Correction),* institución ideada últimamente en Inglaterra, en donde el trabajo duro es empleado como remedio contra el crimen y la indigencia. En adelante, criminales y pobres poblaban el hospital. Los edificios se fueron cambiando de acuerdo con las necesidades, haciéndose cargo la ciudad de una parte de los gastos de caridad y, con el tiempo, estos exiguos inicios del actual gran *Bellevue Hospital* del Nueva York moderno se concentraron en la orilla del East River.

El *Philadelphia General Hospital* o, como se lo llamaba entonces, el "Blockley Hospital" tuvo su origen en 1731, también con una casa de limosnas como antecedente. Los dos, tanto Bellevue como Blockley, lo mismo que los

de Santo Tomás y San Bartolomeo de Londres, eran comparables, en sus primeros días, a los antiguos xenodoquios. Cuidaban de los abandonados, los dementes, los vagos y los que carecían de hogar. En cambio, los dos no recurrían a la iglesia para colaboradores y enfermeras, sino a sus correligionarios. Su gestión se veía a menudo complicada por epidemias y estados de pobreza creciente, debida, en parte, a las dificultades individuales de la adaptación de los inmigrantes y, en parte a la influencia de la Revolución Industrial. Los desheredados de Inglaterra se trasladaban a América. Bajo esta nueva presión y faltándoles, como indudablemente les faltaba, el interés público, estas instituciones no fueron ni mejores ni peores que las demás instituciones de su clase y su tiempo en otras partes.

El tratamiento de los enfermos mentales se inspiraba en el de Newgate y otros lugares por el estilo. Hombres y mujeres víctimas de la viruela estaban tal vez en la misma sala; a los muertos se los dejaba eventualmente en el piso, y unos empleados indisciplinados y carentes de entrenamiento podían dejar que la basura se acumulara o podían desertar cuando se presentaban casos de fiebre amarilla o de tifus. Cuando se trataba de contratar personal de enfermería pagado, solamente se presentaban los elementos más rudos entre los hombres o las mujeres. La embriaguez entre ellos era algo corriente. Inclusive aquellas enfermeras de sensibilidad más o menos maternal estaban faltas, con todo, de preparación y trabajaban en unas condiciones que a nosotros se nos hace difícil comprender. No había termómetros, no había aplicación consciente alguna de principios de higiene, ni se tenía conocimiento alguno de asepsia o antisepsia. La cirugía era practicada sin anestesia por cirujanos cuyas levitas ganaban distinción a medida que iban acumulando basura y manchas de sangre; que se servían de instrumentos sin hervir y de esponjas de mar no esterilizadas para secar la sangre, y se contentaban con clavar las agujas y el hilo en cojines de terciopelo para alfileres.

Todo ello formaba parte de las condiciones del Viejo Mundo. Bellevue y Blockley no hacían más que seguir el modelo corriente de los hospitales urbanos. El público que tenía a su cargo las instituciones de Nueva York se encontraba en la situación de la enfermera que sólo conoce las prácticas de un hospital. Lo que podían dar se hallaba limitado por una experiencia reducida. Los médicos protestaban, y la fama de las Hermanas de la Caridad, bien preparadas, que anunciaban la reforma de la enfermería en Francia, era tal, que algunos espíritus reformadores buscaron la manera de introducir grupos correspondientes de enfermeras en América.

El *Hospital de Pennsylvania,* fundado en 1751, y el *Hospital de Nueva York,* fundado en 1771, fueron los dos que siguieron. Ambos se apartaban del tipo del xenodoquio, por cuanto limitaban la admisión a los enfermos solamente, y de la tradición del hospital municipal, porque dependían para su sostenimiento de donaciones privadas que, por lo que se refiere al Hospital de Pennsylvania, fueron reunidas por Benjamín Franklin. Los dos fueron únicos en la atención puesta en la selección de las mujeres que habían de cuidar de los pacientes, y los dos iniciaron métodos para prepararlas para su trabajo. Médicos del Hospital de Pennsylvania enseñaban prácticas simples de enfermería, y el *Dr. Valentine Seaman,* del Hospital de Nueva York, complementaba una enseñanza similar dando conferencias sobre anatomía, fisiología, enfermería de maternidad y atención de los niños. *Es el primer médico de quien se sepa que diera conferencias a las enfermeras en América.* En 1775 se produjo la guerra, que vino a complicar las dificultades en materia de enfermería y a suspender todo otro progreso posible.

LA REVOLUCION EN NORTEAMERICA (1775-1783)

La guerra de esta Revolución afectó a todas las colonias inglesas diseminadas a lo largo de la costa del Atlántico. Algunas de ellas deseaban ser libres para organizarse a su manera, en tanto que otras, en cambio, deseaban seguir con Inglaterra. Los hijos coloniales de ésta se encontraban muy mal preparados para asumir las cargas de los gastos y la organización necesarios para emprender una guerra por su cuenta. Su ejército precipitadamente movilizado no contaba ni con un cuerpo médico, ni con Cruz Roja, ni con enfermeras preparadas. Las únicas unidades organizadas de enfermeras en el país eran las monjas de la Iglesia Católica. Atendían a los soldados heridos en sus hospitales, así como a aquellos que caían víctimas de alguna enfermedad epidémica, porque reinaban la escarlatina y la disentería, y la viruela se declaró pese a que se aplicara a los combatientes la nueva vacunación.

Hasta cierto punto, la devoción a la causa compensaba la falta de sistema y experiencia, pero existían, con todo, muchas fallas. A los soldados sólo se les daba a menudo raciones deficientes o escasas. Había ocasiones en que la ropa y zapatos estaban desgastados, y los soldados andaban descalzos y en andrajos. Había esposas que seguían a sus maridos al campo de batalla y, en medio de las mayores dificultades, los cuidaban a través de graves enfermedades. Otras mujeres hacían ropa y vendajes y se desprendían de útiles objetos de peltre para que se convirtieran en balas. Las casas se convirtieron en hospitales, y lo mismo los graneros. Una campesina, cuando menos, cocía día tras día grandes hornadas de pan y lo servía al lado del camino a los soldados hambrientos. Se cuentan muchos casos de tales recursos. En cuanto a heroísmo, la mujer no se quedó atrás de sus semejantes varones.

La guerra se abatió sobre las colonias justamente cuando éstas estaban a punto de prosperar financieramente. Dejó tras de sí la secuela habitual de pobreza, con inválidos que necesitaban atención y mutilados para los que no existían centros de rehabilitación ni ninguno de los servicios sociales altamente organizados actuales. Entre estos pobres y enfermos los había muchos que nunca en su vida habían solicitado la ayuda pública, pero que ahora eran incapaces de seguir adelante sin ella.

EL DISPENSARIO DE PHILADELPHIA

De la profunda calamidad social surgió un nuevo tipo de institución que fue el antecedente de la clínica o el departamento de pacientes ambulantes del hospital actual. Esta institución, lo mismo que el Hospital de Pennsylvania, debía su origen al espíritu de los cuáqueros en una de las ciudades de éstos. En 1786 se estableció el *Dispensario de Philadelphia.* Independiente de todo hospital, las finanzas del dispensario se reunían apelando a la simpatía del público a través de un nuevo plan de servicio público cuyas ventajas sus patrocinadores exponían más o menos diciendo que: grandes cantidades de personas que necesitaban tratamiento no estaban lo bastante enfermas para ser hospitalizadas, de modo que los gastos de su atención en el hospital eran innecesarios; en cambio, un equipo de médicos voluntarios trataría a ambos grupos gratuitamente y visitaría a los pacientes en sus hogares cuando fuera necesario.

El Dispensario de Philadelphia constituyó todo un éxito, y la idea se propagó a otras ciudades. Mientras se establecían departamentos de salubridad municipales o estatales, el dispensario se consideró como un medio de combatir las enfermedades. La vacunación contra la viruela fue uno de los primeros tratamientos preventivos que fue posible de modo general. Los médicos de los dispensarios conocían las calles de las que las epidemias solían provenir y, tan pronto como una hacía su aparición, el hospital proporcionaba a los médicos direcciones de pacientes. Una vez verificado el origen sospechado, los periódicos anunciaban públicamente a los ciudadanos la amenaza oculta contra su salud y despertaban sentimientos en favor de su abolición. El paso siguiente consistía en una ley de salubridad.

La historia posterior nos muestra al dispensario, que empezó con auspicios tan prometedores, decayendo en la negligencia y la obscuridad, hasta convertirse sus funciones principales en un servicio de primeros auxilios mal administrado y en la entrega de medicinas, gratuitas o de pago. En tiempos relativamente recientes ha sido rehabilitado en forma de clínica de pacientes ambulantes, y ha recobrado su dignidad como puerta de entrada al hospital, como factor indispensable en la medicina preventiva moderna y como centro de irradiación de una buena parte de la labor sanitaria y social de nuestros municipios.

LA SOCIEDAD DE ENFERMERAS DE PHILADELPHIA

Uno de los médicos que prestaba su servicio al Dispensario se vio profundamente impresionado por las condiciones que acompañaban al embarazo de las jóvenes madres pobres. Esperaba conseguir un hospital para ellas y una escuela para la preparación de enfermeras, pero hubo de contentarse con la *Sociedad de Enfermeras de Philadelphia,* creada en 1839. Era ésta una organización de mujeres que se proponía prestar un servicio de maternidad en los hogares.

La Sociedad de Enfermeras de Philadelphia escogía las suyas de entre solicitantes que contaran con firmeza de carácter y experiencia como cabezas de familia. A éstas se les impartía instrucción en obstetricia juntamente con los aprendices de médicos y en forma de conferencias y práctica con un maniquí. El *Dr. Joseph Warrington* daba estas clases, y señoras visitadoras de la sociedad vigilaban la práctica en los distritos que les eran asignados respectivamente. Se dispuso además una instrucción sistemática complementaria, que comprendía lecciones de cocina y experiencia en hogares por dos semanas cada vez. La sociedad pagaba el salario de la enfermera. Se expedían certificados y se adoptó el sistema inglés de rentar cuartos en la escuela de maternidad y de proporcionar llamadas para el servicio domiciliario. Con esto se había realizado otro vigoroso intento en vista de la instrucción y la inspección de las enfermeras bajo auspicios seculares, lo que contribuía a satisfacer una necesidad que cada vez se iba haciendo más urgente.

EL PROGRESO DE LOS HOSPITALES

Después de 1800 pudo verse una prueba de progreso en el gran desarrollo de hospitales y de "asilos para los dementes" —así se los llamaba—, bajo el control estos últimos, por lo regular, de los estados o las provincias. La tendencia hacia la especialización de los hospitales se manifiesta en el establecimiento en Nueva York, en 1798, de un Hospital para Parteras. La misma tendencia, a continuación del ingreso de la mujer en el campo de la medicina y su presencia más frecuente en las juntas de los hospitales, se puso de manifiesto más adelante en el desarrollo de hospitales separados para mujeres y niños, o de hospitales que combinaban estos dos grupos. He aquí, a continuación, unos pocos de los hospitales bien conocidos establecidos hasta en 1860, escogidos para ilustrar la diversidad y la difusión, más bien que la prioridad:

Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, 1811.
McLean Asylum, Somerville, Massachusetts (ahora en Waverly), 1818.
Montreal General Hospital, Montreal, Canadá, 1819.
Cincinnati General Hospital, Cincinnati, Ohio, 1821.
Knight Hospital (más adelante, New Haven Hospital), New Haven, Connecticut, 1826.
St. Louis Mullanphy Hospital, St. Louis, Missouri, 1828.
Mt. Sinai Hospital, Nueva York, Nueva York, 1852.
Buffalo General Hospital, Buffalo, Nueva York, 1853.
Woman's Hospital, Nueva York, Nueva York, 1855.
Children's Hospital, Philadelphia, Pennsylnia, 1855.
General and Marine Hospital, St. Catherine's Canadá, 1855.
San Joaquin General Hospital, French Camp, California, 1857.
Halifax Hospital (ahora, Victoria General), Halifax, Canadá, 1859.

Un gran número de hospitales que siguen prestando servicio público tuvo su origen durante este periodo, y un aumento constante de la inmigración hizo al hospital o el dispensario cada vez más necesarios. Las escuelas médicas los necesitaban cual terreno de entrenamiento. Cuando la ola de la colonización avanzó hacia occidente, aquéllos la siguieron. Del Este al Medio Oeste y de aquí al Oeste, los hospitales acompañaron al público inmigrante hasta extenderse de costa a costa, en lo que el dispensario fue perdiendo individualidad con los años, al pasar a convertirse en anexo del hospital.

Al propio tiempo se realizó algún otro progreso en materia de enfermería, al introducirse en América las hermandades europeas, tanto protestantes como católicas. Estas prestaban servicio de enfermería en los hogares, fundaban hospitales y, con el tiempo, organizaron escuelas para enfermeras. En 1809, la Madre *Elizabeth Seton* fundó en Emmitsburg, Maryland, las Hermanas Católicas de la Caridad. En 1843, las Hermanas Católicas de la Merced pasaron de Irlanda a Pittsburgh y, cuatro años más tarde, fundaron el hospital que lleva su nombre. En 1845, se organizaron las Hermanas Enfermeras Protestantes, en New Jersey, gracias a los esfuerzos del *Reverendo Muhlenberg.* En 1848, el *Reverendo William Passavant* fundó un hospital en Pittsburgh al que equipó con enfermeras diaconisas importadas de una casa de misión protestante, en Kaiserswerth sobre el Rhin, Alemania, en donde algún tiempo después Florence Nightingale había de recoger algunas de las ideas que le permitieron poner en marcha un plan de reforma de los métodos de enfermería que tienen un alcance universal.

Sugestiones para estudio

1) ¿Por cuáles tres países europeos y en cuáles regiones generales se establecieron colonias en el Hemisferio Occidental?
2) Expóngase de qué modo las diferencias en materia de religión afectaron las disposiciones en vista de las atenciones médica y de enfermería en el Nuevo Mundo.
3) ¿Cómo se enfrentó España a la tarea de desarrollar sus nuevas posesiones y asegurarse la fidelidad de las mismas?
4) a) ¿Qué sabe la estudiante del primer hospital levantado de este lado del Atlántico? b) ¿Del primero en el Canadá? c) ¿Del primero en los Estados Unidos? d) ¿Por quién fue patrocinado cada uno de ellos? e) ¿Cómo se aseguraba la atención de enfermería en cada uno?
5) ¿Dónde y en cuáles circunstancias se impartió la primera instrucción en el continente americano a las personas que deseaban practicar la enfermería?
6) Dígase lo que se sepa acerca de la vida y la obra de la primera enfermera laica de Canadá.
7) a) ¿Cuál conmoción política cambió grandemente las condiciones relativas a la dirección del Hôtel Dieu de Québec y el Hôtel Dieu de Montreal? b) ¿Qué nuevo arreglo se hizo en uno de los casos?
8) ¿Cuál es la historia de la fundación del Hospital de la Caridad de Nueva Orleans?
9) a) ¿Cuáles disposiciones tomaron los colonizadores ingleses para la atención de los enfermos? b) ¿Cuándo hicieron su aparición sus primeros hospitales? c) ¿Cuál era su actitud frente a los indios?
10) Nómbrense los primeros cuatro hospitales establecidos por los colonizadores ingleses. b) ¿Cuáles dos podían compararse a los xenodoquios? c) ¿Qué tipo de enfermera se encontraba en cada uno de ellos.
11) a) ¿En cuál hospital, por cuál médico y sobre cuáles sujetos se dieron las primeras conferencias a enfermeras? b) ¿A cuál empresa estuvo asociado el Dr. Joseph Warrington y en virtud de qué se le recuerda?
12) ¿Hasta qué punto había progresado la enfermería en las colonias inglesas en el momento de la Guerra Revolucionaria?
13) ¿A cuáles grupos podía apelarse para proporcionar atención de enfermería a los soldados?

14) Compárense las actividades del Dispensario de Philadelphia y de la Sociedad de Enfermeras de esta misma ciudad.
15) a) ¿Cuándo empezaron los hospitales de Nueva Inglaterra a progresar rápidamente? b) Indíquense los nombres y las ubicaciones de algunas de estas primeras instituciones.
16) ¿Con la importación de cuáles hermandades de enfermería se mejoró el servicio de atención de los enfermos.
17) Dígase algo del origen y la historia del hospital clínico moderno.
18)) Reúnanse datos de la fundación del hospital al cual está asociada la escuela de enfermería de la estudiante?

Bibliografía

Abbott, Maude E.: History of Medicine in the Province of Quebec. Montreal, Canada, McGill University, 1931.

Atherton, William Henry: The Saintly Life of Jeanne Mance: First Lay Nurse in North America. St. Louis, Catholic Hospital Association of the United States and Canada, 1945.

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957, Caps. 8 y 9.

Boas y Boas: Cotton Mather. Nueva York y Londres, Harper & Brothers, 1928.

Denis, Alberta Johnston: Spanish Alta California. Nueva York, The Macmillan Co., 1927.

Dexter, Elizabeth Anthony: Colonial Women of Affairs. Boston y Nueva York, Houghton Mifflin Co., 1924, Cap. 4.

Foran, J. K..: Jeanne Mance or "The Angel of the Colony", Montreal, P. Q., The Herald Press, Ltd., 1931.

Gibbon, y Mathewson: Three Centuries of Canadian Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1947.

Lyman, George D.: John Marsh: Pioneer (first doctor in California). Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1930.

Repplier, Agnes: Mère Marie of the Ursulines. Nueva York, Doubleday, Doran & Co., 1931.

Sigerist, Dr. Henry E.: American Medicine. Nueva York, W. W. Norton & Co., Inc., 1934.

Starkey, Marion L.: The Devil in Massachusetts. Nueva York, Alfred Knof, Inc., p. 9. (Historical novel about Salem witchcraft.)

Van Doren, Mark (dir.): Samuel Sewall's Diary., Nueva York, Macy-Masius, 1927.

Capítulo 9

MOVIMIENTOS DE REFORMA SOCIAL

Las condiciones sociales de Europa, tales como se han descrito, fueron indudablemente el resultado directo de las revoluciones religiosa, industrial y política, que amenazaban con destruir toda recuperación social lograda hasta dicho momento. El antagonismo y la ambición habían reemplazado la simpatía humana en los sentimientos de las clases media y superior, y la revolución intelectual les había proporcionado una actitud de escepticismo indiferente y la distracción de nuevos intereses. Mientras las clases superiores luchaban por riqueza, ocio y poder, las masas se amontonaban en confusión en barrios bajos, en donde se sumían profundamente en el pantano de la pobreza, la inmoralidad y la brutalidad. La guerra, el hambre, los abusos industriales y las epidemias ponían cada vez más de manifiesto el carácter inadecuado de la atención enfermera, pero aquí y allá, en la obscuridad de la desolación social, brillaba, con todo, la luz de alguna idea constructiva.

LA REFORMA SOCIAL CATOLICA

Se establece el servicio social. El primero en promover substancialmente un nuevo tipo de ajuste fue San Vicente de Paul (1576-1660), sencillo sacerdote católico francés, cuyas experiencias comprendían la labor parroquial, la labor misionera y el viaje y la cautividad en un país extranjero, en donde reunió algunos conocimientos de medicina antes de llegar a París, el escenario de su verdadera obra. Aquí vivía junto a un hospital en el que muchos ciudadanos ricos e influyentes prestaban servicio voluntario como enfermeros para ayudar a los Hermanos de San Juan de Dios que estaban abrumados de trabajo. San Vicente se unió a ellos y dio muestra de su capacidad practicando vendajes quirúrgicos y asistiendo en otra forma en la atención de los pacientes.

San Vicente llegó a creer que era posible prevenir alguno de aquellos males de la pobreza que provienen de un espíritu humano quebrantado. Estaba presente doquier el virus social de la mendicidad profesional. Los jóvenes, los sanos y los fuertes dependían tanto de la limosna como los viejos, los enfermos y los retrasados mentales. Cinco años de actividad produjeron muchos cambios. Muchos vagos fueron sacados de los caminos reales y sometidos a vigilancia mediante el establecimiento de refugios nocturnos públicos; se organizaron talleres vocacionales para enseñar oficios manuales a la juventud desocupada, y se buscaron trabajos para los adultos que estaban en condiciones de desempeñarlos. San Vicente de Paul había organizado así los comienzos de un *servicio social* que actualmente es llevado a cabo por un gran número de elementos profesionales empleados por instituciones públicas y privadas. En éstas se estudian las causas de las condiciones económicas y sociales que conducen a la dependencia de otros, y la legislación federal ha proporcionado asistencia a través de programas de Seguridad Social.

Fundación de la orden de las Hermanas de la Caridad. Le faltaba todavía a

San Vicente de Paul realizar otra gran labor. Mientras estaba en París, un amigo le envió una viuda de familia noble que deseaba ser guiada hacia una vida de obras buenas. Tenía ya alguna experiencia como enfermera domiciliaria trabajando con un grupo de mujeres voluntarias junto a su domicilio. *Santa Luisa de Marillac,* con cuyo nombre es conocida ahora, había deseado de niña hacerse monja. Algunos amigos la disuadieron a causa de su salud delicada, y se casó dentro del círculo de la corte. Sin embargo, Luisa de Marillac evitó la sociedad y dedicó todo su tiempo a trabajar entre los pobres, actividad en la que ahora, después de la muerte de su esposo, deseaba que San Vicente la ayudara.

Siguieron algunos años de entrenamiento, en los que Luisa de Marillac adquirió el punto de vista del reformador, de un tipo nuevo y flexible de servicio humano. Concibió entonces el plan de convertir su propia casa en un hogar y una escuela de preparación para alumnas campesinas. En 1633, se fundó la comunidad de las *Hermanas de la Caridad,* cuyo objeto era el servicio de los pobres en diversas partes de París, y su lema el de *Caritas Christi urget nos* ("La Caridad de Cristo nos apremia"). Estas palabras demuestran la intensidad y sinceridad del propósito que movió a sus dos fundadores y sus sucesores a un servicio cada vez mayor, hasta nuestros días.

Un poco después de un año de la fundación de la comunidad, el 25 de marzo de 1634, Santa Luisa dio el ejemplo tomando un voto formal y convirtiéndose en la primera de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. Esta fecha se convirtió luego en aquella en que las hermanas volvieron a dedicarse anualmente a su labor. Si no desean renovar el voto, tienen libertad para casarse o buscar alguna

Fig. 41. San Vicente de Paul. (De *Miniature Stories of the Saints,* libro primero; de Rev. Daniel A. Lord, S. J. Publicaciones católicas.)

otra forma de ocupación fuera de la comunidad. Se establecieron unas pocas normas en qué basar la selección de estas muchachas campesinas. Han de ser de buena familia y de buen carácter. No les estaba permitido ingresar sin el consentimiento de un pariente varón.

Uniforme. Las primeras hermanas llevaron consigo la ropa campesina que habían llevado en el hogar y que ahora se convirtió en el vestido que llevaban al dedicarse a sus quehaceres. No había de transcurrir mucho tiempo antes de que el vestido gris-azul, de tela ruda de lana con delantal azul y amplia cofia blanca, se convirtiera en el distintivo conspicuo de humildad y bondadoso servicio humano que seguimos viendo en dicho uniforme. El periodo de entrenamiento duraba cinco años, y la instrucción comprendía una enseñanza básica, que les permitiera leer, escribir y aprender algo de aritmética. Al mismo tiempo, Santa Luisa les enseñó todo lo que ella sabía. La limitación inevitable de sus conocimientos se pone notablemente de manifiesto al enterarnos de que una de sus primeras alumnas fue víctima de la ignorancia entonces dominante de los medios de evitar el contagio. Encontrándose en el camino con un enfermo de la peste, la hermana se lo llevó a su casa y lo puso en su propia cama. Los dos, paciente y Hermana de la Caridad, perecieron.

San Vicente se daba siempre cuenta del peligro de perder a su nueva orden en beneficio del monasterio. En efecto, las jóvenes muchachas y sus amigas estaban acostumbradas a asociar la religión y las buenas obras con la vida monástica, en la que el cuidado del alma constituía el objeto principal. Fue necesario inculcarles la idea, como aquél lo había hecho con Luisa de Marillac, de una Hermana de la Caridad cumpliendo su labor allí donde la encontrara, y aun muy lejos, a menudo, de la protección de la comunidad. Las hermanas habían de aprender a protegerse ellas mismas, y sus parientes pasaban a menudo miedo por ellas.

San Vicente no dejó lugar a duda en cuanto a que, en la enfermería, las necesidades del paciente venían antes que las obligaciones religiosas. Insistió en la estricta obediencia a las órdenes del médico como elemento esencial de la salud del enfermo, e invitaba a las hermanas a observar todos los procedimientos, de modo que llegaran a ser más eficaces que los ayudantes médicos. Al propio tiempo hizo posible que ellas armonizaran estos objetivos con una vida y un espíritu profundamente religiosos. Su lema, de elección tan feliz, se convirtió en inspiración de una larga serie de servidores de los pobres, que se extiende hasta nuestros días y hasta lugares distantes.

En el momento de su fundación, las Hermanas de la Caridad fueron un producto de la reforma católica. Su primer servicio fuera de Francia fue, por supuesto, en países adscritos a la religión católica. La tolerancia religiosa y su propia reputación crecientes fueron extendiendo gradualmente dichos límites. En 1809, la *Madre Elizabeth Seton* introdujo las Hermanas de la Caridad en América. Se obtuvo la regla de la casa matriz en Francia y se estableció una comunidad en Emmitsburg, Maryland. Pese a su proximidad con Francia y su catolicismo dominante, Irlanda careció del beneficio de las Hermanas hasta en 1815, en que la *Madre Mary Aikenhead* organizó una comunidad en Dublín.

Durante la Guerra de Crimea fue su servicio eficaz a los soldados de Francia lo que provocó en los soldados ingleses negligidos un descontento que movió a Inglaterra a la acción y llevó a Florence Nightingale a Escútari. En nuestro siglo xx, se las encuentra esparcidas por todo el mundo, atendiendo a enfermos, enseñando, practicando labor social y cuidando de los huérfanos y los expósitos, los ancianos y los leprosos y, en una palabra, a todos aquellos que en cualquier parte que sea necesitan su amistad.

Vista en conjunto, la obra de San Vicente de Paul y Santa Luisa de Marillac adquiere merecida importancia cual una reforma de la enfermería. La

organización que fundaron se basaba en el estudio y el conocimiento de las condiciones existentes. La orden alcanzaba a los pobres en sus hogares y prestaba también servicio total o parcial de enfermería a hospitales. Al entrar en este último servicio, se empleaba el contrato legal, con objeto de prevenir la explotación y conservar la identidad de la orden.

REFORMA SOCIAL PROTESTANTE

Mientras la Iglesia católica estaba ocupada ajustando así su servicio social a las nuevas condiciones, los protestantes en Alemania, Inglaterra y los Países Bajos estaban realizando esfuerzos para reemplazar a la monja perdida por la diaconisa. Faltando tanto la organización como la instrucción, la dirección se reveló como demasiado débil para llegar a adquirir la fuerza de un movimiento. Grupos dispersos de Hermanas de la Caridad habían aliviado algunos aspectos de la injusticia social, pero quedaban todavía muchas instituciones, incluidos hospitales para los enajenados mentales, lazaretos, cárceles, talleres, orfanatos, fábricas y los barrios bajos, susceptibles de atraer la atención de los reformadores.

Las condiciones generales de los hospitales se han descrito ya. El modelo inglés se copiaba con una desaventurada fidelidad en la Nueva Inglaterra, en tanto que el modelo de la Europa continental influía sobre la Nueva España y la Nueva Francia. El Hospital de Belén o "Bedlam", de Londres, y la "Torre de los Lunáticos", en Viena, eran instituciones típicas, en las que los mentalmente "sanos" compraban entradas e iban con sus amigos cuando querían divertirse.

En las cárceles había doquier grandes números de ciudadanos, encerrados a menudo por infracciones menores. Los carceleros pedían acaso gratificaciones que los presos no podían pagar, y entonces las grandes puertas no se abrían, inclusive si la ley absolvía. Había doscientos cincuenta crímenes distintos lo bastante graves para merecer la pena capital. El hecho de que a fines del periodo el número de aquéllos se había reducido a tres ilustra claramente por sí solo la cantidad de injusticia que se había introducido en los antiguos derechos romano y anglosajón.

Otro tipo de institución se desarrolló en Inglaterra con un sistema de "casas de trabajo", en las que los pobres y los delincuentes menores eran detenidos y puestos a un trabajo que no les reportaba provecho personal alguno. El mantenimiento en las instituciones era deliberadamente barato, y el tratamiento duro se veía apoyado. La casa de trabajo se convirtió en terror de los pobres, en tanto que protegía al resto de la sociedad de una visión desagradable que tal vez habría acelerado las reformas. Apenas menos inhumanos que las casas de trabajo eran los orfanatos, construidos para albergar a los niños abandonados y los huérfanos, cuyos números crecían con la guerra, la inmoralidad y las enfermedades infecciosas.

Otros problemas sociales iban surgiendo para conturbar a Inglaterra. Fue aquí, en efecto, que el capitalista empezó a reemplazar al señor feudal en el control del trabajador. Ninguna de las antiguas costumbres paternalistas pasó al nuevo sistema, el cual, de hecho, no tuvo al principio conciencia de más responsabilidad que la de hacer dinero. Después de 1750 fueron construidas grandes fábricas por constructores que no tenían idea alguna de los requisitos más elementales de la higiene. Estaban rodeadas de casas igualmente insalubres y descuidadas para los trabajadores, empezando a desarrollarse los barrios bajos. La salud pública estaba condenada en este medio. Las enfermedades epidémicas eran frecuentes, en él, e incontrolables. Las máquinas de las fábricas se ponían en manos de trabajadores sin la instrucción adecuada. Los accidentes eran numerosos, y el seguro social o cualquier forma de compensación industrial no se había establecido todavía. Se pagaban los salarios más bajos posible, y el problema de la sobreproducción se resolvía por medio de cierres que echaban a gran número de hombres, mujeres y niños a la calle.

Los niños pequeños habían de trabajar con sus padres para hacer posible entre todos el sustento de la familia, aunque esto no era nuevo, porque siempre lo habían hecho. Sin embargo, ahora las condiciones eran más difíciles y todos los males de la pérdida de la vida familiar se pusieron de manifiesto. La primera Ley de Fábricas que controlaba legalmente la industria no vino hasta en 1819. Las horas de trabajo para los adultos habían subido en dicha época hasta dieciocho, e inclusive los niños empezaban a menudo a las tres de la mañana y trabajaban hasta las nueve de la noche. Las horas de las mujeres y los niños se redujeron ahora a doce al día, y no se permitía que trabajaran niños de menos de doce años.

Afortunadamente, el tiempo había permitido al nuevo grupo de cristianos arreglar sus diferencias de opinión y organizarse en diversas sectas —bautistas, cuáqueros, metodistas, presbiterianos, unitarianos y otros. El protestantismo había alcanzado un nivel en que estaba a punto para dar su expresión propia a la función verdadera del cristianismo: la práctica del amor cristiano. El espíritu misionero era manifiesto entre sus filas, y la suerte de las víctimas de la desigualdad social constituía un motivo creciente de angustia para los individuos reflexivos o sensibles.

LA REFORMA DE LAS CARCELES

John Howard. Uno de los primeros exponentes de la reforma fue *John Howard* (1727-1789), aprendiz de un tendero inglés a quien un legado proporcionó la oportunidad de viajar. Un capricho del destino le hizo prisionero de guerra en Francia, y esta experiencia imprevista proporcionó a su vida una actividad muy alejada del negocio de comestibles. Una vez recobrada la libertad, Howard empezó a visitar otras cárceles, para ver si eran todas tan malas como la que él había ocupado. Efectuó siete giras por el continente y se las arregló para introducirse en lugares de los que mucha gente ni siquiera había oído hablar.

No acordándose más que seis horas de sueño, dedicó el tiempo que no empleaba investigando sucias cárceles y obscuros calabozos corrompidos a escribir sus observaciones. Y éstas tuvo el valor de publicarlas o de presentarlas a gobernantes de diversas naciones. La historia entera de la degradación de seres humanos a menudo olvidados fue expuesta al público, recompensando muchos cambios su valor y su iniciativa. Para Howard, cuyo interés primero estaba en las cárceles, había cierta conexión entre la atención de los pacientes, tal como la había visto allí, y las instituciones concebidas para la separación de las enfermedades. Visitó incidentalmente muchos hospitales y escribió un libro sobre "Hospitales y Lazaretos". Sus comentarios eran acertados y su observación objetiva y no influenciada por su creencia calvinista. La obra de las monjas de los países católicos le impresionó, y habló favorablemente de las Béguines y de las Hermanas de la Caridad.

Elizabeth Fry. Howard murió en 1789, y hubieron de transcurrir aproximadamente veinticinco años antes de que se diera en la historia de la reforma de las cárceles otro paso gracias a la obra de una mujer inglesa, *Elizabeth Gurney Fry* (1780-1845), miembro de la Sociedad de los Amigos, o Cuáqueros. Alrededor de 1811, *Stephen Grellet,* una joven francesa-americana entre sus amigas, había empezado una ronda de las cárceles inglesas, constituyendo su principal interés los prisioneros militares de Francia. Finalmente llegó a la de Newgate, de Londres, la más famosa de todas. Había sido destruida unos años antes por unos revoltosos y vuelta a construir. El nuevo exterior era bello, pero sin ventanas. Las condiciones dentro de los muros pueden colegirse de una descripción que la visitante escribió después de haber visitado la estancia de las mujeres, adonde el interés y la curiosidad la habían llevado:

"Ocupaban dos largos locales en donde dormían en tres hileras, algunas en el piso y dos hileras en hamacas superpuestas... Al entrar, la corrupción del aire era casi insoportable, y

todo lo que es bajo y degradado estaba tan fuertemente pintado en las caras de las mujeres que se agrupaban ante mí, con miradas de desvergüenza, atrevimiento y lascivia que, por un momento, mi alma se vio fuertemente turbada." [1]

Al ver la misma visitante la enfermería, se vio impelida a escribir:

"Al subir, me quedé asombrada más allá de toda descripción ante la cantidad de dolor y miseria que presencié. Vi a muchas mujeres, muy enfermas, tendidas sobre el mismo suelo o sobre algo de paja vieja, muy poco cubiertas, pese a que hiciera bastante frío, y había algunos niños nacidos en la cárcel, casi desnudos." [2]

Fue para ayudar a los niños que Grellet se apresuró a buscar a su amiga, Elizabeth Fry, mujer en la que podía confiar para una acción. Esta compró inmediatamente franela, reunió un grupo de mujeres que ayudaran a coser, y el día siguiente se llevó un hato de ropa a la cárcel. Lo que allí vio era extraño y horripilante para alguien que nunca antes había penetrado en tal clase de institución. Vio prisioneros enfermos tendidos sobre paja podrida que no podía cambiarse porque no se habían previsto fondos para semejante necesidad, y los presos no tenían dinero propio con que comprarla de los carceleros. Tanto a los adultos como a los niños les faltaba manifiestamente ropa, y todos estaban desnutridos. Todos necesitaban ocupación y distracción.

El resultado fue que se empezó en Newgate una escuela para los niños. Después de esto, Mrs. Fry se dedicó a buscar libros y materiales para las mujeres que desearan aprender a leer y coser. Interesada ya desde antes en el sistema de los monitores introducido hacía poco en las escuelas inglesas, probó el experimento. Dividiendo a las mujeres en grupos, les permitió elegir a sus propias monitoras, y el sistema funcionó. Indujo a las mujeres presas a hacer obra alegre de retacitos y canastilla, llevando acertadamente color e interés a vidas grises. Su próxima idea fue la de producir objetos que pudieran venderse fuera de la cárcel y cuyo producto revertiera al productor. No tardó en haber allí una tienda de la cárcel en la que todos los inquilinos podían comprar alimentos sencillos y el té, caro a todos los ingleses. Elizabeth Fry y su reforma de una de las peores cárceles del mundo cosecharon una fama que se esparció mucho más allá de Inglaterra e influyó sobre la corriente hacia arriba, lenta pero continua, de las circunstancias que afectaban la vida de los presos.

En esta forma, Mrs. Fry añadió su parte de estímulo al movimiento hacia el despertar de la conciencia social. En realidad, su obra no fue más que un aspecto de un movimiento mayor que progresaba por toda Inglaterra. Los trastornos de la guerra impidieron un progreso correspondiente en el continente.

REFORMA EN LA ATENCION DE LOS ENFERMOS MENTALES

Dorothea Lynde Dix. La segunda gran figura de la historia de las reformas sociales subió al escenario en América. *Dorothea Lynde Dix* (1802-1887) había nacido en el Nuevo Mundo justamente en el momento oportuno para concentrar sus actividades muy necesitadas en dos problemas ineludibles, esto es, la atención de los criminales y de los enfermos mentales, problemas a los que su país se enfrentaba entonces con medidas anticuadas del Viejo Mundo. Miss Dix contaba treinta y nueve años al empezar la obra que le había de valer el título de "La John Howard de América". Durante varios años había regentado en Massachusetts una escuela particular para niños de gente acomodada, actividad a la que su espíritu social la impelió a añadir clases separadas para los niños de los pobres. Un trabajo excesivo y el progreso de la escuela pública popular pusieron fin a esta carrera y provocaron un colapso físico. Afortunadamente, estaba en condiciones de emprender un viaje por mar, que la llevó a Liverpool, Inglaterra. El barco de regreso dejaba tras sí a una inválida que se refugió en un hotel. Sin embargo, un

[1] Whitney, Janet, Elizabeth Fry, Boston, Little, Brown & Co., 1936, p. 193.
[2] *Ibid.*, p. 184.

amigo americano influyente le había preparado el camino de la recepción social por un residente influyente de Liverpool, y William Rathbone fue a buscarla.

Volveremos a encontrar a Mr. Rathbone más adelante, cual filántropo precursor de la enfermería sanitaria, pero por el momento, él y su familia emprendieron la atención de Miss Dix. En su bella casa en las afueras de la ciudad, ella no sólo recuperó la salud, sino que obtenía un vivo placer de su contacto con personas cuyos intereses se extendían al campo de las mejoras sociales. No hacía mucho que la revolución industrial había envuelto a Liverpool en sus complicaciones habituales de hacinamiento, viviendas deficientes, pobreza, rachas de desempleo y enfermedades. La Srita. Dix sentía a la vez simpatía e interés por los reformadores, porque ella había visto el mismo cuadro en las poblaciones molineras de la Nueva Inglaterra. Con una visión social cada vez más amplia, escuchaba las experiencias y los proyectos de espíritus humanitarios, entre los que figuraban aquellos que insistían en la mejora de las cárceles y los asilos.

Al regresar a América después de un año y medio, a Miss Dix se le hizo difícil la adaptación. La salud y las circunstancias le impedían reanudar la enseñanza como profesión, pero una herencia la había liberado de la necesidad de ganarse la vida. Nuevos intereses la llevaron hacia la labor social, pero tenía poco contacto con aquel grupo considerable de americanos que estaban descontentos con las instituciones sociales existentes. La gente de Nueva Inglaterra, especialmente, adonde la industria y las nuevas facilidades de viaje llevaban riqueza, ocio y cultura, leían, escribían y daban conferencias acerca de sus proyectos relacionados con la abolición de la esclavitud, la lucha contra el alcoholismo, mejores métodos de enseñanza y una mejor atención de las madres.

Miss Dorothea Dix acabó interesándose por la atención de los enfermos mentales y decidió estudiar el problema desde el punto de vista del Estado. Empezando en Massachusetts, logró, mediante una investigación sistemática, preparar una relación tan minuciosa de observaciones, que podía presentarse a una legislatura e influir sobre su acción. En conjunto, se había encontrado que las condiciones eran poco mejores que aquellas observadas por Elizabeth Fry y Stephen Grellet en Inglaterra. Hasta en 1839, en que se abrió el Asilo para Lunáticos, de Boston, el municipio mantenía a los enfermos mentales en la casa de caridad, las cárceles, la Casa de la Industria y el hospital estatal. La ampliación de este último coronó el éxito de la primera labor de Miss Dix. A continuación extendió su labor a otros Estados, al Sur, al Oeste hasta el Misisipí, y luego a Canadá.

El sistema actual conjunto de hospitales mentales bajo control gubernamental fue surgiendo gradualmente cual resultado de veinte años de esfuerzos por parte de Miss Dix. Sus principios fundamentales de supervisión competente, ingreso legal basado en diagnóstico médico y la abolición de restricciones fueron patrocinados por alguien que sabía, por observación y experiencia, el valor de semejante programa. El éxito le permitió llevar este experimento eficazmente a Inglaterra y a los países de Europa.

EXPOSICION DE LOS METODOS DE ENFERMERIA DOMINANTES

Charles Dickens. El despertar de la conciencia social que San Vicente de Paul había estimulado doscientos años antes cambiando a mendigos en trabajadores expertos, interesando a mujeres en un mejor servicio de enfermería y llamando la atención a las necesidades de los expósitos, John Howard y Elizabeth Fry lo habían acelerado con sus esfuerzos en vista de la reforma de las cárceles, y Dorothea Dix influenciando poderes legislativos en favor de la mejora de la atención de los enfermos mentales. *Charles Dickens* (1812-1870) añadió su peso al movimiento redactando descripciones agudas y llenas de humor de los males que vio. El éxito le permitió aumentar el

círculo de sus lectores mediante ediciones baratas de sus obras, y así su influencia se extendió por los dos continentes. Una gira de conferencias en América le proporcionó la oportunidad complementaria de observar y describir los males de allí.

Miembro de la clase media él mismo, Dickens encontró el material para sus sátiras en las maneras y las actividades de la clase media. Siempre en contacto con la clase inferior muy pobre, su simpatía por la miseria de ésta se vio aumentada por la asociación íntima, obligada, con ella durante su infancia. En efecto, el padre de Dickens había sido encarcelado por deudas, y allí, en la cárcel, había residido la familia entera, hasta que salió libre gracias a un oportuno legado. Sus descripciones en *David Copperfield* son la historia de su experiencia personal. Dickens nunca olvidó la indiferencia de Inglaterra por las condiciones insalubres de vivienda en las que los residentes de los barrios bajos se veían obligados a vivir. Las instituciones que la sociedad toleraba fueron sometidas asimismo a análisis. En *Oliver Twist,* se ocupó de la casa de trabajo y su manera de preparar a los niños para el crimen. El daño causado por maestros de escuela baratos y un pobre sistema pedagógico lo dio a conocer con *Nicholas Nickleby,* y la triste suerte del expósito encontró su camino hacia el corazón de los lectores en *El Grillo del hogar.*

Martin Chuzzlewit es un estudio del egoísmo, vicio principal de un periodo en que la conciencia social estaba todavía medio adormecida. En este estudio aparecen dos personajes de interés especial en relación con nuestra historia de las tendencias de la enfermería. En efecto, *Betsy Prig* ejemplifica el tipo de enfermera empleada como "vigilante nocturno" por el importante Hospital de San Bartolomeo de Londres. Y su amiga, *Sairey Gamp,* es el tipo dominante que se encuentra en la labor privada. Las dos están engañando a sus amos y tratando de lograr una manera mejor de vida aceptando una doble responsabilidad. La Sra. Gamp acepta un caso diurno mientras está de servicio de noche con el paciente delirante, cuya atención comparte con la Sra. Prig como enfermera de día. La conversación que tiene lugar entre las enfermeras al cambiar los turnos al atardecer no es más que una de las múltiples revelaciones:

"'¡Ya creía que no iba usted a venir!" dijo la Sra. Prig con cierto disgusto.

"'Trataré de enmendarlo mañana por la noche, se lo prometo", dijo la Sra. Gamp. 'Tuve que ir a buscar mis cosas.' Había empezado a hacer señas de encuesta en relación con la posición del paciente y la posibilidad de que las oyera —porque había un biombo delante de la puerta—, pero la Sra. Prig liquidó la cuestión con desenvoltura.

"'¡Oh!' dijo en voz alta, 'está tranquilo, pero está chiflado; diga usted lo que quiera.'

"'¿Tiene algo que decirme antes de marcharse, querida?' preguntó la Sra. Gamp depositando su lío en el cuarto y mirando a su compañera con simpatía.

"'El salmón escabechado es delicioso' contestó la Sra. Prig. 'Se lo recomiendo especialmente. En cuanto a la carne fría, nada tengo que decir, porque sabe a establo. Las bebidas no están mal.'

"La Sra. Gamp expresó su sincero agradecimiento.

"'La medicina y lo demás está en los cajones y la repisa de la chimenea' dijo la Sra. Prig perentoriamente. ¡Ha tomado su último trago de jarabe a las siete. El sillón no está muy blando. Va a necesitar usted su cojín.'"

Y sin embargo, Dickens, atribuyendo su ideal de una buena enfermera a una de mediocre, de modo que el ridículo realce el contraste, hace exclamar a esta misma Sairey Gamp:

"¡Qué bendición hacer que los enfermos se sientan felices en sus camas, y no pensar una jamás en sí misma mientras pueda servir! No creo que nunca se cultivara un pepino más fino. Estoy segura de no haber visto nunca otro!"[3]

No obstante, el sueño de una buena enfermería como expresión de un servicio cristiano estaba ya en vías de realización, porque un pastor protestante estaba ya abriendo la brecha, en una pequeña aldea alemana del Rhin, que ayudaría a la situación de la enfermería en los países protestantes, de modo análogo a como las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul la habían cambiado en los países católicos.

[3] Dickens, Charles: *Martin Chuzzlewit,* Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1911.

ES FUNDADA LA ORDEN DE LAS DIACONISAS MODERNAS

En los primeros días del siglo XIX, Theodor Fliedner, pastor de la iglesia luterana local, y Friederike Fliedner, su novia, emprendían en Kaiserswerth, pequeña población sobre el Rin cerca de Düsseldorf en Alemania, un proyecto que proporcionó a los protestantes un substituto social modelo del monasterio perdido y cambió el concepto de la enfermería mucho más allá de las fronteras de Alemania. Detrás del éxito que acompañó a la institución de Kaiserswerth había un largo camino de intentos de organización de la enfermería a través de las hermandades protestantes o mediante la restauración de la antigua orden eclesiástica de las diaconisas. Prestaron servicios muy leales, como ha sido siempre el caso, mujeres individuales.

El pastor Fliedner llegó a Kaiserswerth en 1821 y se encontró al frente de una congregación que estaba aprendiendo el significado de la depresión financiera. Las fábricas de seda, que proporcionaban a sus miembros el pan cotidiano, cerraron a las pocas semanas. No había probabilidad alguna de pagar al nuevo ministro sus honorarios. Le tentó la oferta de otra iglesia, pero el joven predicador se había propuesto seriamente ser "un verdadero pastor, y no un mercenario". Fiel a un ideal en su fidelidad a su rebaño, se aplicó a buscar fuera los fondos que no podía encontrar en casa. Viajó a través de Holanda e Inglaterra y consiguió el dinero. Y lo que es más, encontró a muchas personas influyentes, entre ellas a Elizabeth Fry, cuya labor en la cárcel de Newgate le causó una profunda impresión. Visitó instituciones públicas, escuelas, casas de caridad, hospitales y cárceles, y en Holanda observó la labor de las diaconisas. Volvió a Kaiserswerth con el gran empeño de llevar la reforma de las cárceles a Alemania y de preparar a diaconisas que se hicieran cargo de sus problemas de educación, asistencia a los pobres y atención de enfermería. El y Friederike, expertos organizadores ambos, emprendieron una ruta difícil que acabó conduciéndoles a la fama.

El pastor Fliedner consiguió poner en marcha una Asociación de Cárceles Alemanas, pero cuando trató de interesar a mujeres en la labor en las cárceles, se sintió desanimado, porque el sentimiento popular condenaba la asociación de mujeres buenas con malhechores degradados, y decretaba que todas las mujeres decentes debían permanecer en casa. Un día, una muchacha sin hogar, que era una ex presa, fue a pedir acogida a los Fliedner. De buena gana, pero con algo de aprensión, la instalaron en una casita de un cuarto en su jardín. *Minna* se convirtió en una amiga leal, y la casita se convirtió en el refugio de una presa que fue creciendo y creciendo a medida que lograba conseguir una mejor adaptación de criminales a la sociedad.

La unidad siguiente fue un hospital, actividad adoptada para proporcionar atención a los enfermos y un campo para la instrucción de diaconisas. Para entonces, sus observaciones y amistades, tanto en casa como en el extranjero, habían hecho ver al pastor Fliedner la falta general de buenas enfermeras. La diaconisa les pareció, tanto a él como a su esposa, la solución ideal del problema. Su propia experiencia cual primera diaconisa de Kaiserswerth condujo a Friederike a creer que era inútil tratar de hacer revivir la antigua orden sin tener en cuenta los tiempos cambiados y una perspectiva alterada en las mujeres jóvenes. Ambos se dieron cuenta de que era una idea que costaría dinero llevar a cabo.

La fe en una bondad divina que hasta allí les había proporcionado los medios de llevar su obra adelante condujo a la piadosa pareja a comprar a crédito la mejor casa de la población. Su fe estaba justificada, porque es el caso que cuando llegó el momento de pagar, estaban en condiciones de hacerlo. Había los suficientes muebles en la casa para empezar el trabajo, y el primer paciente fue admitido el 16 de octubre de 1836. Y la

primera novicia llegó poco después. Era *Gertrud Reichardt*, hija de un médico, que había ayudado a su padre con sus pacientes. Pese a su antigua amistad con los Fliedners y su decisión de ser una diaconisa, a Gertrud la estancia le resultaba difícil. En efecto, el hospital se veía muy desprovisto de todo, en comparación con su casa acomodada. y por otra parte parecía haber tan poco que hacer, que fue conducida a dudar del favor de Dios para con la empresa conjunta. " 'No, no puedo trabajar aquí', dijo, 'Dios no puede estar con vosotros, pues en otro caso os proveería con los elementos necesarios'. Y estaba ya para ponerse el abrigo cuando se oyó el rumor de un pesado carro, y una voz ruda gritó: '¿Vive aquí el pastor Fliedner?' Y al descargar el carretero la preciosa carga de elementos para el hospital, Gertrud Reichardt se convenció de que Dios estaba efectivamente con Theodor Fliedner".[4] Bajo la dirección de Friederike Fliedner, Gertrud Reichardt sirvió diecisiete años. Durante el primer año de su entrenamiento llegaron otras seis jóvenes mujeres que aspiraban también a ser diaconisas.

La carga de organizar el hospital, de seleccionar las muchachas adecuadas para ser diaconisas, de enseñarlas y de asignarles sus tareas, todo esto corría a cargo de la Sra. Fliedner. Hasta qué punto estaba a la altura de la tarea resulta claro de la forma sistemática en que dispuso las cosas desde el principio. Había salas para hombres, mujeres y niños, con una diaconisa en cada una de ellas, y una ordenanza atendía a los hombres bajo su dirección. La limpieza de la casa y los trabajos de cocina, lavado y cuidado de la ropa correspondían por turno a las diversas diaconisas. Habían de cuidar también del jardín que proporcionaba las hortalizas y la fruta, y una de aquéllas pasaba regularmente su verano en él.

Un médico interesado, con ayuda de un manual de uso en el Hospital de la Caridad de Berlín, impartía enseñanza clínica y teórica en el arte de la enfermería. Las estudiantes tenían también la oportunidad de estudiar farmacia, y pasaban los exámenes del Estado para farmacéuticas. Todo esto tal vez parezca sencillo a los que están acostumbrados a un procedimiento sistematizado, pero para Friederike se trataba de una labor pionera que aumentaba rápidamente y había de efectuarse con un mínimo de fondos. Al lado de esto tenía deberes familiares ineludibles. En efecto, tuvo nueve hijos, de modo que sus quehaceres personales eran grandes, pese a que cuatro de ellos murieron al nacer. No obstante, sus queridos hospital y escuela de diaconisas no tardaron en cobrar fama más allá de Kaiserswerth y de Alemania, y Elizabeth Fry fue expresamente desde Inglaterra a visitarlos. Su relato llevó también allí a Florence Nightingale, y fueron además muchas más las personas interesadas en los problemas de humanitarismo y salubridad que efectuaron la misma peregrinación. Kaiserswerth era generoso en cuanto a participar a otros sus experiencias y resultados, y los visitantes le eran siempre bienvenidos.

La obra de la Institución de Diaconisas de Kaiserswerth sacó provecho, sin duda, del ejemplo de San Vicente de Paul, cuyas Hermanas de la Caridad habían demostrado la superioridad de su preparación para la enfermería durante doscientos años, en los que se habían granjeado la simpatía del mundo. Su propósito principal consistía en instruir a mujeres de inclinación religiosa tal, que desearan ser admitidas a la antigua función eclesiástica de diaconisas y participar en su servicio social. La preparación de la diaconisa tenía por objeto hacerla apta ya sea para la *enseñanza* o la *enfermería*, pero combinaba con estas vocaciones el estudio del alivio de los pobres, de la labor en las cárceles y la de rehabilitación. Se tomaba un simple voto de trabajar por el amor de Cristo y de seguirle, atendiendo a los pobres, los enfermos y todos aquellos que necesitaban ayuda.

[4] Gallison, Marie: *The Ministry of Women: One Hundred Years of Women's Work at Kaiserswerth*, 1836-1936 (opúsculo). The Lutterworth Press, Londres.

Una de las cosas más asombrosas de Kaiserswerth en sus primeras etapas de desarrollo fue la cantidad de trabajo realizado en condiciones vecinas de la pobreza. En efecto, las donaciones nunca constituyen una fuente segura de ingresos y los tiempos eran duros, pero la fe del Padre Fliedner era grande, y en ocasiones su recompensa evocaba lo milagroso. Andando los años, se creó allí una estructura de organización que se reveló como digna de servir de modelo para instituciones de diaconisas dondequiera que se establecieran. Alrededor de la casa original del pastor y su jardín se agruparon finalmente las siguientes unidades con servicios para la instrucción de sus diaconisas, a saber:

Un hospital de ciento veinte camas
Un "asilo de locos" para mujeres
Una escuela infantil para niños de todos los credos.
Un asilo de huérfanos para muchachas protestantes
Una escuela diurna para muchachas, frecuentada asimismo por las huérfanas
Una escuela normal con títulos para la práctica de la enseñanza en la preparación para la escuela y para la labor de institutriz
Un asilo para mujeres presas liberadas y "Magdalenas".

Todas las diaconisas eran asignadas por turnos a situaciones fijas, y a las diaconisas destinadas a la enseñanza se les daba un plazo de servicio en la atención de niños enfermos. Aquellas, en cambio, que querían dedicarse particularmente a la enfermería, servían en salas separadas para hombres, mujeres y niños, así como en unidades para enfermedades contagiosas, para convalecientes y para diaconisas enfermas. Otros cargos comprendían la farmacia, cocina, lavandería, el cuarto de coser y el jardín.

Una ojeada al sistema que regía la organización escolar y la admisión de estudiantes pone más de manifiesto la relación existente entre los métodos de Kaiserswerth y aquellos de la escuela laica especializada de enfermería que más adelante tomó algo de su inspiración de dicha fuente, esto es:

Un curso de tres años
Edad mínima de dieciocho años para la admisión
Cartas de cura y médico certificando buena moralidad y salud
Periodo de prueba de tres meses a un año
Limitación de dinero para gastos menudos (unos 25 dólares al año)
Enseñanza por medio de clases y conferencias
Rotación de práctica en los departamentos del hospital y la escuela
División de los estudiantes en grupos de primer año, segundo año y enfermeras jefe.
Uniforme

Las estudiantes de diaconisas en Kaiserswerth no venían de grupo particular alguno de la sociedad, y su estancia tenía lugar bajo las condiciones más democráticas. Princesas lo mismo que campesinas se levantaban a las cinco de la mañana y trabajaban y estudiaban unas al lado de otras hasta las nueve de la noche. El servicio de noche era atendido por enfermeras de día por turnos. Aproximadamente una vez por semana, una de las enfermeras, en lugar de terminar el servicio a las nueve, se quedaba hasta medianoche. La enfermera de noche que la relevaba era una que se había retirado al dejar las salas a las nueve de la noche y que se levantaba a medianoche para empezar una jornada de trabajo que no terminaría hasta veinticuatro horas después. El uniforme se describe como de material azul obscuro para los días de trabajo. y negro corriente para los domingos. Se llevaba un delantal con babero con el uniforme azul, en tanto que un gorro de tipo cofia con un volante fruncido alrededor de la cara tenía anchas tiras para atarlas en un gallardo lazo bajo jóvenes barbillas, aspecto que realzaba además un cuello blanco apropiado. Una boina negra a la moda del día, atada igualmente

por medio de cordones blancos, cubría la cabeza con el traje de calle.

Tanto el pastor Fliedner como su esposa, inculcaban principios morales a sus alumnas y les enseñaban la necesidad de una cooperación leal con el médico en beneficio del paciente. Sin embargo, los Fliedner cometieron algún error. En efecto, el confiar la enseñanza a instituciones dependientes de la suscripción voluntaria hacía su posición económica precaria. Existía la tentación de mantener a las diaconisas al servicio de casos en domicilios particulares aumentando así los ingresos de la institución. Muchas horas de trabajo y un periodo de reposo dependiente de la conciencia constituían ventajas peligrosas para espíritus más comerciales que los de Theodor y Friederike Fliedner. Más tarde o más temprano, la tradición de ayuda no pagada se afirmaría, como lo había hecho en otras partes en las instituciones de enfermería, y la brecha hecha para las tareas no educativas habría de revelarse como muy elástica.

Sin embargo, el *sistema de casa materna* compensaba en cierto modo los abusos que no dejarían de producirse. Ofrecía a las diaconisas cierta seguridad al proporcionarles un hogar permanente. Eran hijas de Kaiserswerth, y desde este hogar eran enviadas a tareas en el distrito, el hospital o en casas particulares y, en ocasiones, en misiones distantes, pero permanecían siempre, con todo, bajo la dirección y la protección de la institución. Sabían que en Kaiserswerth había siempre un lugar para ellas, una vez su labor terminada. Obviamente, el sistema de la casa materna era un retoño del antiguo sistema monástico.

Las diaconisas obtuvieron en la sociedad una reputación tan honrosa, que el pastor Fliedner hubo finalmente de renunciar a su labor de sacerdote

Fig. 42. Diaconisa de Kaiserswerth instruyendo a un impedido. (Foto de Hans Lachmann.)

para dedicarse exclusivamente al establecimiento de Casas de Diaconisas afiliadas, a la asignación de diaconisas tituladas a la enseñanza o a la labor en la cárcel o a tareas de alivio, y a la introducción de personal de enfermería en los hospitales. Su obra adquirió las proporciones de un movimiento, y otros pastores siguieron su ejemplo estableciendo escuelas, no todas las cuales, sin embargo, fueran tan buenas como la de Kaiserswerth. Las diaconisas de ésta no tardaron en encontrarse establecidas en Jerusalén, Esmirna, Beirut, Constantinopla, Alejandría, El Cairo, Bucarest y Budapest. En 1850, el Padre Fliedner llevó a algunas de ellas a Pittsburgh, en América, en donde, a petición del pastor Passavant, equiparon su hospital, conocido todavía como "Hospital Passavant". Aproximadamente al mismo tiempo se fundaron un Hogar para Diaconisas y un Hospital en Milwaukee, joven ciudad en el gran Oeste Central. Al fallecer el padre Fliedner en 1864, había casi 500 diaconisas esparcidas en pequeños grupos por cuatro continentes.

Friederike Fliedner, la ambiciosa y enérgica cofundadora de Kaiserswerth había fallecido más de veinte años antes. A ella el movimiento le debía un estímulo inicial, imponderable tal vez, pero inolvidable. Fue una de aquellas primeras mujeres que insistieron en salir del retiro a que las condiciones medievales habían obligado a la mujer y que se atrevió a combinar la vida de familia con el servicio social. Su capacidad se afirmó en ambos campos. Reposaba sobre sus espaldas la carga principal de cuidar de todos los detalles de la dirección general, del plan de estudios y de la práctica de las estudiantes, que constituían la base del éxito de la Institución de las Diaconisas.

Después de la muerte de Friederike, el pastor Fliedner tuvo la suerte de encontrar una digna sucesora para sostener su vida familiar y su proyecto relativo a las diaconisas. *Caroline Bertheau,* ex alumna de Amalie Sieveking (fundadora de la asociación de enfermeras domiciliarias, "Las Amigas de los Pobres"), tenía a su cargo la enfermería del Hospital de Hamburgo cuando Fliedner la conoció. Llevó a la institución de Kaiserswerth tanto experiencia como devoción. Fue una buena madre para los hijos de Friederike, tuvo ocho hijos ella misma y dirigió Kaiserswerth durante veinte años después de la muerte del pastor Fliedner.

Un resultado inmediato del experimento de Kaiserswerth fue el establecimiento en Inglaterra de un Instituto de Hermanas Enfermeras. Aquí, en 1840, Elizabeth Fry se propuso interpretar la obra del pastor Fliedner juntando en dicho hogar un grupo seleccionado de mujeres. Se las conoció como las *Hermanas Enfermeras Protestantes,* llevaban un uniforme atrayente y practicaban la enfermería municipal y privada entre los pobres. Su único entrenamiento consistía en una breve experiencia en el *Guy's Hospital,* de Londres, pero ésta y su carácter superior condujo inesperadamente a que las hermanas se vieran llevadas al campo de la enfermería domiciliaria.

La fuerza eclesiástica mayor en la Inglaterra de aquellos días era la de la iglesia nacional, o establecida, desviada de la antigua Iglesia en un grado mucho menor que las numerosas sectas agrupadas como "no conformistas". Lo que siguió era natural. Hicieron su aparición bajo esta iglesia inglesa una serie de Hermandades, empezando con la *Orden de la Merced,* protestante, en 1845. Tres años después se creó la *Hermandad de la Casa de San Juan,* nombre derivado de su ubicación en el distrito de San Juan Evangelista, en Londres. *Las Hermanas de San Juan, primera orden religiosa protestante dedicada totalmente a la enfermería, ocupó un lugar al lado de las Agustinianas, la orden enfermera más antigua de la Iglesia católica.* Del mismo modo que ésta había ingresado en el campo hospitalario a través del *Hôtel Dieu* de París, así también las enfermeras de San Juan proporcionaron el personal para el *King's College Hospital,* de Londres, y antes de mucho proveyeron con personal mejorado de enfermería cierto número de otros hospitales ingleses. Sin

embargo, siempre que se hacían cargo del servicio de algún hospital, la Casa de las Hermanas de San Juan establecía el precedente de reservar a la Hermandad el derecho de controlar las actividades de enfermería.

En 1851 se estableció la *Hermandad de Todos los Santos,* y en 1854 la de *Santa Margarita.* Siguieron a éstas otras comunidades, y había una conocida con el nombre de *Hermanos Cowley.* La principal realización de estos años de experimentación en Inglaterra fue la introducción de un grupo menor de mujeres más o menos bien preparadas de la clase superior en la enfermería municipal y privada.

Si bien actuaron intensamente y algunas de ellas existen todavía, las nuevas órdenes no eran adecuadas, con todo, a la satisfacción de necesidades públicas, y la opinión estaba dividida en cuanto a la cuestión del motivo religioso cual requisito de una buena enfermería. En conjunto, las órdenes mismas consideraban la enfermería como un interés secundario frente al autodesarrollo espiritual y a la labor misionera. La tradición antigua ponía la enfermería de lado, cual un servicio inspirado por la religión, gratuito y acompañado de autosacrificio, y las personas como Mrs. Elizabeth Fry, que creían que mujeres bondadosas podían practicar una buena enfermería en grupos seculares y a cambio de una retribución, eran consideradas como "modernas".

Fueron surgiendo propuestas y había indicios de proyectos de un entrenamiento más substancial de las enfermeras, pero hasta en 1860, con todo, no se produjo cambio importante alguno. Los pacientes particulares ricos y un número reducido de muy pobres cosechaban los beneficios de cualquier mejora que se hiciera. Inglaterra no estaba lista para servirse de los principios de la preparación para la enfermería demostrados en Kaiserswerth. América hizo de los mismos un empleo limitado, y la que más se aprovechó fue la Europa continental, porque aquí las diaconisas prosperaban al lado de las Béguines y de las Hermanas de la Caridad. Algo de la suciedad de los hospitales de aquel periodo obscuro fue limpiado y algunos pacientes recibieron una atención mejorada, pero la mayoría de las instituciones permaneció inalterada. Al propio tiempo, un número cada vez mayor de personas influyentes aprendieron a apreciar la ventaja personal de poder contar con mujeres cultivadas que se hicieran cargo de ellas y de sus familias en caso de enfermedad.

FLORENCE NIGHTINGALE, REFORMADORA DE HOSPITALES Y DE LA ENFERMERIA

SUS PRIMEROS AÑOS

Florence Nightingale pertenecía a aquella capa de la sociedad inglesa que comprendía a negociantes que se habían enriquecido mediante el desarrollo de los recursos naturales de su país o mediante la industria. Minas de plomo, canteras de mármol y tiendas de comestibles en manos de parientes capaces habían proporcionado a sus padres, por herencia, libertad económica y el privilegio de cobrar rentas. En su juventud, ambos progenitores habían estado sometidos a las mejores influencias de su época. Sus vidas transcurrieron en un medio de gente que compartía con ellos los placeres de lo que se conoce como la "buena sociedad", y que, con ellos, gozaba del privilegio de amigos entre la aristocracia. Había en su "ambiente" políticos, literatos, artistas y algunos que no hacían más que jugar. Su filiación religiosa, algo única en aquellos tiempos, era la Unitaria. La bella madre de Florence Nightingale parece haber sido una mujer de gustos conservadores, perfectamente victoriana en su aspecto exterior, hija de un miembro del Parlamento. Su padre era de temperamento más flexible y le gustaban moderadamente la literatura y el arte. Era graduado de la escuela superior, sabía algo de matemáticas, dominaba varios idiomas extranjeros y leía los clásicos, historia natural, historia y filosofía.

Viajar resultaba difícil en aquellos tiempos, pero el Sr. Nightingale sentía interés suficiente para prescindir de los inconvenientes, y fue en Italia que nacieron sus dos hijas: Parthenope, en Nápoles, y Florence, el 12 de mayo de 1820, en el bello centro cultural e intelectual del que recibió el nombre. Al regresar la familia a Inglaterra, se construyó una nueva casa cómoda en Embley Park, no lejos de Romsey. Aquí, "Parthe" y "Flo" pasaron años felices entre árboles, flores y pájaros de un jardín inglés sureño.

La monotonía de la vida en el campo la rompía anualmente un viaje en carruaje a Londres y la visita a una casa más al norte, llamada "Lea Hurst", situada en Derbyshire, cerca del río Derwent y de las minas de plomo de una zona fría, cuya aridez la industria había hecho más inhóspita todavía. Se practicaban largas visitas a ambos lugares, y las institutrices se convirtieron en parte de la familia. El Sr. Nightingale él mismo encontraba especial placer en enseñar latín y griego a su hija Florence, juntamente con matemáticas, ciencias e idiomas, e instruyéndola para que gozara de sus libros. Los dos se hicieron buenos amigos leyendo y hablando juntos y, cuando estuvieron separados años después, mantuvieron una prolija correspondencia. La Sra. Nightingale, en cambio, se sentía más inclinada hacia la hermana mayor y menos original, y encontraba a Florence algo difícil de comprender.

A los diecisiete años, Miss Nightingale, la joven señorita, terminó su instrucción en la Europa continental. Esta vez, la familia viajó durante un año y medio por Francia, Italia y Suiza, disfrutando del paisaje, del arte y de la sociedad. Fue en el curso de este viaje que Florence fue introducida en uno de los grandes salones, en donde conoció a algunos de los hombres más distinguidos de Francia y se enteró, incidentalmente, de algunas de las actividades sociales de distinguidas damas francesas. Era una época en que las conversaciones acerca de la libertad y de la lucha por la libertad agitaban a Italia como habían conmovido anteriormente a Francia. Florence se interesaba por la política y en la gente, pero

las instituciones caritativas la intrigaban extraordinariamente. A dondequiera que fuera, trataba de enterarse de las condiciones sociales, pues le había entrado la convicción de que algún día Dios la llamaría a realizar para El una misión de misericordia. Y había de estar lista para cuando llegara la hora. Algunos años después lo explicaba, al escribir:

"Pensamientos y sentimientos que tengo ahora puedo recordarlos desde que tenía seis años. No era yo quien los hiciera. Una profesión, una industria, una ocupación necesaria, algo que llenara y pusiera a contribución todas mis facultades, esto es algo que siempre he considerado como esencial para mí, algo que siempre he anhelado, en forma consciente o no... El primer pensamiento que puedo recordar y el último era la labor de enfermería, y en defecto de ésta la labor de la enseñanza, pero más la de los malos que la de los jóvenes. Sólo que para esto carecía de educación yo misma."[5]

Mientras tanto, la Srita. Nightingale seguía haciendo todo lo que podía para autoeducarse, y se sentía siempre especialmente feliz cuando podía ayudar a alguien otro. En Inglaterra en la aldea industrial más allá de los árboles de Lea Hurst, hallaba oportunidad de observar de cerca la vida de los pobres y de hacer algo para el alivio de los enfermos.

"Una ve en cada choza alguna dificultad que suscita simpatía."

"Todo lo que los poetas cantan de las glorias de este mundo se me antoja a mí como falso; toda la gente que veo está consumida por la preocupación, la pobreza o la enfermedad."

"Encontrar lo que podemos hacer, el lugar individual de cada uno, lo mismo que el fin general, ésta es la tarea del Hombre."[6]

La redacción de su diario, moda de la época en la que se complacían tanto los hombres como las mujeres, no constituía una válvula suficiente para esta joven soñadora, pero la ayudó a llegar a una decisión acerca de la clase de labor que escogería si le fuera dado escoger. Al escribir sus actividades dia-

[5] Cooke, Sir Edward: *A Short Life of Florence Nightingale,* 1925, p. 40. Con autorización de The Macmillan Company, editores.

[6] *Ibid.,* pp. 12, 14, 15. Con autorización de The Macmillan Company, editores.

rias, recordaba las condiciones deficientes de enfermería en los hospitales y la necesidad, para Inglaterra, de hermanas como las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. La enfermería era la labor que más le gustaría practicar. Sería enfermera. Para su ortodoxa madre, una ocupación útil no era algo imposible para una de sus hijas, pero la conquista de un marido venía antes y era de la mayor importancia. La mujer casada, bajo la protección del marido y de su nombre, podía hacer cosas que las ideas victorianas del decoro no permitían hacer a una mujer soltera. Una Elizabeth Gurney Fry podía visitar a aquella gente terrible de Newgate, pero, ¡una Elizabeth Gurney! ¡Ah, no, decididamente no! Trataría de conseguir que Florence olvidara una idea descabellada, hija de sus pocos años.

Sin embargo, en su propia casa Florence veía a gente cuyo interés estaba en muchas formas de labor y reforma sociales: mujeres y hombres libres de llevar a cabo una labor en las cárceles, una reforma de la enseñanza o una reforma de la casa de trabajo. Entre dichas personas había uno de los principales médicos de Salisbury, del distrito vecino. Florence pensaba que le gustaría ir al hospital de aquella población para aprender la enfermería practicándola y adquirir mediante observación todos los conocimientos que pudiera. El gran salón de su casa, decía, la hacía pensar cómo se vería convertido en sala de hospital. Conocía a amigos que estaban también haciendo cosas, allá lejos en América. Cuando Julia Ward Howe y el Dr. Howe fueron a visitarle, les preguntó si sería algo muy terrible dedicar su vida a la enfermería. Y en realidad, no transcurrió mucho tiempo antes de que todos los que la escuchaban con simpatía supieran que la joven Florence Nightingale quería ser enfermera, y que lo único que la impedía dedicarse por completo a tan útil ocupación era el desagrado de sus padres.

Aceptando, pues, la voluntad de éstos lo mejor que pudo, la Srita. Nightingale se dedicó al estudio de la nueva sanidad que su amigo, *Sir Edwin Chadwick*, lograba presentar al público. Amigos del extranjero le mandaban todo lo que podían en materia de información acerca de la empresa de los Fliedner, de la que había oído hablar a Mrs. Fry. Seguía nutriendo su sueño de ser enfermera y, tal vez, de formar algún día una Hermandad de mujeres cultivadas que fueran enfermeras eficaces. En 1847 se presentó otra oportunidad de visitar el continente, y en Roma pasó del estudio del arte al de una comunidad de monjas. La Hermana Superior simpatizó con la atractiva extranjera y le permitió que permaneciera en el convento durante diez días de receso. La Srita. Nightingale tuvo el privilegio de escuchar las instrucciones que aquélla daba a las monjas y las novicias y de estudiar su modo de vida. Siendo el suyo un temperamento sistemático, tomó notas de sus observaciones para su empleo el día anhelado en que se le presentaría la oportunidad de mejorar las enfermeras y la enfermería en Inglaterra. En Roma tuvo también el placer de conocer a la Sra. Herbert y Sir Sidney Herbert, el individuo en cuyas manos el destino, sin que nadie dudara de ello, se disponía a poner la llave de aquella oportunidad.

Otras oportunidades de adquirir una conciencia social se presentaron a esta muchacha que quería estudiar enfermería y no encontraba la manera de hacerlo. Inevitablemente volvía a enfrentarse siempre a la cuestión recurrente del matrimonio. Y de hecho, uno de sus pretendientes resultó ser tan atrayente, que a Florence se le hizo difícil rechazarlo, y no fue sino después de una larga deliberación que adoptó una decisión tan decepcionante para aquél como para una madre que deseaba ver a su hija "colocada". El antiguo anhelo de una labor que llenara el alma se oponía a ello. Florence Nightingale era una de aquellas mujeres "nuevas" del siglo XIX que deseaba una carrera.

"Podría contentarme con pasar la vida con él combinando nuestras distintas facultades en algún gran proyecto... Pero en cuanto a alejar para siempre de mí la posibilidad de aprovechar la oportunidad de formar para mí una vida verdadera y rica, esto me parecería un suicidio." [7]

El matrimonio sin una plena comunidad de intereses le parecía imposible. No sentía más que compasión para la mujer de espíritu social a quien el matrimonio condena a una vida rutinaria y la mantiene apartada de la vida más amplia del marido.

"Semejante mujer", escribe más adelante, después que ha visto ya más de la vida, "anhela tener una profesión... lucha para abrir a la mujer los caminos de la escuela, del hospital, de la penitenciaría, de la atención de los enfermos jóvenes, de los malos —no ciertamente como una distracción para ocupar momentos de ocio, para hacerse la ilusión de haber hecho algo cuando en realidad no se ha hecho nada, sino sistemáticamente, como una realidad, una ocupación, una 'profesión'... Sin el cultivo y el empleo apropiados de todas las facultades... no puede haber reposo; con ellos, en cambio, se encontraría reposo en un infierno, en un hospital de heridas y dolor y operaciones y muerte y remordimiento y lágrimas y desespero." [8]

En 1849, la Srita. Nightingale acompañó a unos amigos a Egipto. En el camino de regreso había de hacer una visita, prometida desde mucho a Theodor y Friederike Fliedner, las dos personas que parecían haber realizado un ideal que a ella se le hacía esquivo. Mientras tanto, la ciudad de Alejandría le brindó la oportunidad de conocer íntimamente la labor de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. En Grecia conoció a unos misioneros americanos y estudió la escuela y el orfanato que regentaban. En Berlín recorrió los hospitales, y finalmente, en Kaiserswerth, llegó a su Meca. Durante dos semanas felices, en agosto de 1850, observó lo que había sido hecho y escuchó los proyectos y las esperanzas de los Fliedner. Y a continuación, impresionada más que nunca por la necesidad de una preparación sistemática en vista de la obra principal de su vida, tras la cual andaba a tientas, regresó a su patria.

No mucho después, la oportunidad se presentó. En efecto, en 1851 se aconsejó a su hermana que fuera a las Aguas Minerales de Carlsbad para cuidar de su salud. El balneario se encontraba en Alemania, y se decidió que mientras su madre y Parthenope permanecían allí, el tiempo era oportuno para que Florence se fuera a residir a Kaiserswerth. Esta visita no había de darse a conocer a los amigos, pero los Sidney Herbert se enteraron, con todo, y fueron a verla, a ella y la institución. Tres meses pasados en esta ocasión con los fundadores de la Institución de las Diaconisas produjeron en la Srita. Nightingale una impresión duradera y le proporcionaron material valioso del que había de servirse más adelante en la fundación de una profesión que ahora parecía todavía tan remota.

Después de esto, la Srita. Nightingale de Embley Park y Lea Hurst volvió a buscar una satisfacción contra el vacío de la vida escribiendo. Cumplió treinta y tres años antes de que su madre, convencida finalmente de su decisión de seguir una "carrera", la enviara una vez más al extranjero, para estudiar ahora la obra de las Hermanas de la Caridad en París. En el último momento, la oportunidad se le hubiera escapado por poco de las manos. En efecto, su padre trató de retenerla ofreciéndole una pequeña casa para convertirla en una institución, pero la madre no pudo abstenerse de objetar que un pariente enfermo la necesitaba. Finalmente, con todo, se encontró instalada en París, con una autorización oficial para visitar los hospitales, las enfermerías y las comunidades religiosas.

PRIMER CARGO

Todo pedacito posible de información impresa acerca de métodos de dirección y enfermería de hospital era copiado meticulosamente. Se produjeron interrupciones. Miss Nightingale contrajo el sarampión mientras estaba en París con las Hermanas de la Caridad. Hubo de regresar a Inglaterra para atender a su abuela en una enfermedad mortal. Impertérrita, ella volvía a la tarea que se había fijado a sí mis-

[7] Cooke, Sir Edward: *A Short Life of Florence Nightingale*, 1925, p. 34. Con autorización de The Macmillan Company, editores.
[8] *Ibid.*

ma. Finalmente, la persistencia y la ambición se vieron recompensadas por la noticia de una vacante en el cargo de superintendente del Establecimiento para Damas durante la Enfermedad, una pequeña institución en el Núm. 1 de Upper Harley Street, de Londres, que ofrecía albergue a damas sin hogar y atención de enfermería a institutrices enfermas.

Resulta interesante seguir a Miss Nightingale a través de la fiebre de redactar una solicitud formal de un cargo y de comparecer ante la junta administrativa para una entrevista personal. Sabía lo que quería y consiguió arreglar para ella participación en la autoridad sin interferencia, así como la introducción de comodidades como las de campanillas, agua caliente y algo tan nuevo como un ascensor. La Junta, a su vez, no quería decidir sin tener la seguridad de que sus padres no se oponían. Finalmente todo quedó arreglado, y Florence emprendió a la edad de treinta y tres años una carrera para la que se había estado preparando desde los diecisiete. Su capacidad no tardó en ser reconocida, pero su deseo de organizar una escuela de preparación para enfermeras hubo que reprimirse, por respeto a la voluntad de una Junta que no podía comprenderlo. Sin embargo, energía e imaginación la condujeron a incorporar a sus tareas cierto grado de labor social. Además de atender a sus institutrices, se ocupaba, en forma característica, de encontrar para ellas casas de convalecencia o empleo al salir del hospital, o bien de colocarlas en América, a través de una agencia de colocaciones patrocinada por su amigo Sir Sidney Herbert.

EL SERVICIO EN LA GUERRA DE CRIMEA, 1854-1856

En poco tiempo, los periódicos se llenaron de quejas acerca de la negligencia en que se dejaba a los soldados ingleses heridos en una guerra en la Península de Crimea, en el Mar Negro, en donde Inglaterra y Francia ayudaban a Turquía en una guerra contra Rusia. Había allí Hermanas de la Caridad que asistían a los soldados franceses, y Hermanas de la Merced atendían a los de Rusia. "¿Cómo es que no tenemos hermanas de la caridad?", preguntó alguien en el London Times. El Sr. y la Sra. Nightingale se vieron una vez más en el caso de haber de otorgar su consentimiento paterno, y su hija escribió a su amiga, la Sra. Herbert, para decirle que pensaba aceptar la carga de una expedición de cuatro enfermeras, financiada por particulares, como respuesta inmediata a una necesidad pública. Este proyecto fue cambiado, con todo, a recibo de una carta de Sir Sidney Herbert quien, en forma muy curiosa, había escrito ya a la Srita. Nightingale si estaría dispuesta a ir a Crimea contratada por el gobierno. Sus cartas se cruzaron, y la joven mujer que un día había de escribir, "El Señor ayuda a los que se ayudan", tenía ocasión de aprender esta verdad. Siempre aprendiendo, siempre avanzando, estaba lista para una gran oportunidad.

En su calidad de Ministro de la Guerra, Sir Sidney conocía la situación a fondo y comprendía la resistencia de los oficiales del ejército en cuanto a introducir a mujeres en el servicio. Pero sabía también que personalidad, conocimientos, capacidad administrativa y prestigio social se combinaban para hacer de Miss Nightingale la "sola persona en Inglaterra, que yo sepa, capaz de organizar y dirigir un proyecto de aquella índole".[9] Cinco días después quedaron despachadas las órdenes oficiales, y Florence Nightingale empezó la obra de preparación "tan tranquila y compuesta, en su prisa furiosa, como si fuera a dar un paseo".[10]

Fue muy difícil encontrar enfermeras apropiadas, pero finalmente se organizó una unidad de treinta y ocho en conjunto, esto es: diez Hermanas católico-romanas; ocho Hermanas de la Merced y seis Hermanas de la Casa de San Juan, las dos órdenes de la iglesia inglesa, y catorce enfermeras prácticas del personal de diversos hospitales. El gobierno nombró a Miss Nightingale Superintendente del Personal de Enfermería, o bien, como se la había de llamar, "Señora-en-Jefe". El 21 de octubre de 1854, una semana después de haber escrito su carta a Mrs. Herbert, Miss Nightingale y su cuerpo de enfermeras emprendían el viaje. De Londres fueron a la costa, cruzaron el Canal de la Mancha, de aquí a París y a Marsella, en el Mediterráneo. Aquí abordaron un barco con destino a Escútari, suburbio de Constantinopla y sede de un hospital-base, frente a la ciudad, del otro lado de los Estrechos del Bósforo. De la Península de Crimea, del otro lado del Mar Negro, llegaban los heridos, amontonados en barcos insalubres y sin nada que pudiera designarse como atención de enfermería. Allá en Inglaterra, desconocida todavía de ellos, Florence Nightingale era ya famosa para los ingleses, cual jefe de una valerosa empresa. La opinión pública estaba tras ella, y pronto también el gobierno.

El 4 de noviembre de 1854, las nuevas enfermeras de Inglaterra desembarcaron en Escútari y encontraron no uno, sino dos hospitales llenos esperándolas. Diez miembros de la unidad fueron asignados al Hospital General, y el resto fue acuartelado en el Hospital de Barracas, a media hora de camino a pie. Este último constaba de barracas de soldados, que sólo estaban adaptadas en parte, todavía, para el alojamiento de individuos heridos. Edificio de tres pisos en forma de un cuadrángulo, tenía salas que daban a corredores, cuyo largo conjunto era de seis kilómetros. En cada uno de los ángulos se levantaba una torre, y los cuartos de una de estas torres se convirtieron en cuartel de las enfermeras. En las frías salas del hospital había cerca de mil ochocientos pacientes, infestados de chinches y de piojos. Las medidas higiénicas se habían revelado como inadecuadas. La ventilación era deficiente. Las ratas y los ratones campeaban por allí a sus anchas. La iluminación la proporcionaban velas fijadas arriba de botellas. Los pacientes en exceso estaban tendidos en el piso, y todos carecían de cobertores suficientes. La disentería, a causa de un servicio deficiente de agua, y la fiebre añadían sus complicaciones propias. La alimentación era tan mala, que los pacientes no podían comerla y, por otra parte, no había ni cuchillos ni tenedores. "¡No había allí ni una sola palangana ni una toalla, ni una pieza de jabón ni una escoba!".[11]

No había tiempo que perder, pues en aquellos mismos momentos estaban llegando nuevos heridos. Lo que podía hacerse para alimentar a los enfermos en las salas y cambiar la ropa de cama sucia fue lo primero que se hizo. Miss Nightingale se procuró cepillos y trapos y, cuando su grupo hubo hecho lo que pudo en materia de limpieza, se dio cuenta de que un hospital higiénico seguía siendo imposible si no se cambiaban el suministro de agua y el sistema de desagüe. Esto eran cosas de las que había que informar al gobierno. Un servicio inadecuado de lavado lo remedió ella misma alquilando una casa en Escútari, haciendo instalar hervidores y pagando a mujeres de soldados para que lavaran. En el cuartel ya hacinado de las enfermeras, en un cuarto central del primer piso al que daban sus dormitorios, se dispuso un espacio combinado para cocina dietética y almacén, y un cuarto más pequeño servía de despacho.

En las tres cocinas dietéticas finalmente abiertas, las enfermeras cocían alimentos nutritivos y apetitosos para los muy enfermos. De la misma despensa que proporcionaba estufas y algunos de los alimentos venían otras provisiones que Miss Nightingale había tenido la previsión de llevar con ella y que se entregaban contra una orden firmada por un oficial médico. Estos elementos remediaban las deficiencias del ejército o eludían el "papeleo" inquebrantable. En una carta a Mrs. Herberth, Miss Nightingale se describía a sí misma como una especie de "comerciante al por mayor en calcetines, ca-

[9] Cooke, Sir Edward: *A Short Life of Florence Nightingale*, 1925, p. 74. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

[10] Cooke, Sir Edward, *A Short Life of Florence Nightingale*, 1925, p. 9. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

[11] Cooke, Sir Edward, *A Short Life of Florence Nightingale*, 1925, p. 9. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

FIG. 43. Lugares relacionados con la vida de Florence Nightingale.

misas, cuchillos y tenedores, cucharas de madera, bañeras de cinc, mesas y moldes, coles y zanahorias, mesas de operaciones, toallas, jabón, peines de dientes tupidos, precipitados para la destrucción de piojos, tijeras, cómodos de cama y restos de cojines".[12] En los tres primeros meses, sólo en camisas se entregaron más de diez mil. Con objeto de asegurar las camas necesarias para ochocientos nuevos pacientes, tuvo inclusive necesidad de hacer readaptar a sus extensas salas no utilizadas, para que estuvieran listas a tiempo para sus ocupantes. El dinero gastado en esta forma fue repuesto más adelante por el Parlamento.

El despacho se convirtió en sede de negocios y conferencias y a menudo, mucho después de media noche, en escritorio de una voluminosa correspondencia personal que debía redactarse toda ella a mano. Su prestigio social hacía posible una relación directa y confidencial entre Miss Nightingale y personas de influencia política. En otros términos, contaba con aquello que designamos ahora como "influencias". Extensos informes de las condiciones sanitarias redactadas por ella impresionaron a las autoridades inglesas a tal punto, que se enviaron peritos para investigar. Las modificaciones practicadas de acuerdo con sus sugestiones, juntamente con la atención de enfermería y el tratamiento dietético, redujeron el porcentaje de defunciones del 40 al 2 por 100. Descripciones gráficas del medio y de la enfermería proporcionaron sumas importantes de dinero, de parte de personas y grupos que deseaban ayudar. La siguiente descripción de su persona fue escrita mientras cosechaba así el agradecimiento de un pueblo y la aprobación de una reina:

"En su aspecto exterior, Miss Nightingale es simplemente aquello que cabría esperar de cualquier otra mujer bien educada, que habrá visto ya más bien más de treinta años de vida; sus maneras y su fisonomía son simpáticas, sin que ella sea positivamente bella; es el suyo un rostro difícil de olvidar, agradable cuando sonríe, con una mirada que revela un gran dominio de sí misma y confiere, cuando quiere, una fuerza de serena decisión a cada uno de sus rasgos. Su manera general es quieta y más bien reservada; sin embargo, me equivocaría yo mucho si ella no posee un sentido agudo del ridículo. En la conversación habla de asuntos de negocios con una gran seriedad que no se esperaría de su aspecto. Posee manifiestamente un carácter entrenado a dominar, bajo los principios de la acción del momento, todo sentimiento que pudiera interferir con ella. Se ha preparado para mandar y ha aprendido el valor de un espíritu conciliador para con los demás y del dominio sobre sí misma. La concibo perfectamente como una persona estrictamente autoritaria; se entrega a una labor con todas las fuerzas de que dispone. Como tal, sabe exactamente hasta qué punto el éxito depende de la obediencia literal a cada una de sus órdenes... Miss Nightingale es... en mi opinión, la única persona que en esta desgraciada guerra ha mostrado más que otra alguna lo que la verdadera energía, guiada por el sentido común, puede hacer para enfrentarse a situaciones de calamidad repentina".[13]

[12] *Official History of American Red Cross Nursing*, 1922, p. 3. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

[13] Cooke, Sir Edward: *A Short Life of Florence Nightingale*, 1925, p. 134. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

Influencia, admiración y respeto fueron gradualmente la paga de una joven enfermera que por mucho tiempo había anhelado una oportunidad, pero no se lograron, como todo, sin oposición. Hubo oficiales médicos que, interpretando erróneamente su celosa actividad, la consideraban como un estorbo. Los hubo que llegaron a trabajar contra ella, y hubo pacientes que nunca supieron los beneficios de la atención que ofrecían sus hermanas enfermeras, pero que sólo podían prestar cuando el médico no se oponía. Por otra parte, el prestigio tan duramente conquistado se vio también amenazado por la chapucería en la patria. En efecto, Miss Nightingale había solicitado más enfermeras, estipulando que habían de contar con un entrenamiento previo en hospitales londinenses. Llegó un grupo de cuarenta y seis mujeres, pero estaban a las órdenes de una jefe nueva y no entrenada, y casi no sabían nada de enfermería ellas mismas. Por

FIG. 44. Florence Nightingale.

lo demás, sus instrucciones las asignaban no a Miss Nightingale, sino al oficial militar que tenía el mando. Las complicaciones de ello resultantes casi condujeron a su renuncia, pero finalmente se resolvieron y las jóvenes mujeres fueron distribuidas conforme a sus indicaciones.

Siguieron más grupos de enfermeras, así como señoras voluntarias, que no contaban ni con entrenamiento ni con experiencia más allá de la enfermería familiar. El número de mujeres que trabajaban bajo las órdenes de Florence Nightingale llegó a ser de ciento veinticinco. Algunas regresaron a Inglaterra por decisión propia o fueron despedidas por mala conducta o incompetencia. Algunas enfermaron a tal punto que no pudieron proseguir el servicio, y nueve fallecieron.

Dos hospitales situados en el frente, en Crimea, fueron provistos de enfermeras y equipados con cocinas dietéticas como las tres ya organizadas en Escútari. Miss Nightingale atravesó el Mar Negro para hacerse cargo de la enfermería de estos hospitales, en Balaclava. A caballo o en un carruaje puesto a su disposición por el ejército, recorrió las distancias entre ellos, prescindiendo de la obscuridad, la soledad, los peligros, los temporales, el frío y el cansancio. Con un permiso especial fue al propio campo de batalla. Fue en medio de este trabajo agotador que contrajo la fiebre de Crimea. Siempre había sido indiferente al contagio, pero finalmente éste la atacó, llevándola ahora muy cerca de la muerte. Después de su recuperación, una parte del tiempo la pasó en Escútari y una parte en Balaclava.

La enfermería militar a las órdenes de Florence Nightingale se fue convirtiendo gradualmente en un servicio de salubridad que trabajaba de la mano con la nueva ciencia sanitaria. La embriaguez entre los soldados se redujo proveyendo locales acogedores, organizando diversiones y conferencias y estableciendo una cantina. Calmaba la mente de soldados enfermos escribiendo cartas por ellos, iniciando la asignación de sus pagas a sus familias necesitadas en la patria y proporcionando empleo y atención a las mujeres que acompañaban a sus esposos al escenario de la guerra. Fue siempre costumbre suya hacer rondas por las salas en la noche, deteniéndose para examinar el estado de los pacientes más enfermos. Se alumbraba el camino con una linterna o una lámpara de aceite, que se hizo famosa en el ejército mucho antes de que Henry Wadsworth Longfellow confiriera inmortalidad a "Santa Filomena", la Dama de la Lámpara.

Mientras los soldados de Inglaterra se beneficiaban así de la dirección y la atención de Florence Nightingale y sus enfermeras, en los hospitales de los rusos, por su parte, los enfermos y heridos encontraban asistencia y estímulo gracias a los esfuerzos de una de sus compatriotas. En efecto, la *Gran Duquesa de Pavlova,* habiendo conseguido el alistamiento de trescientas damas de Moscú y San Petersburgo dispuestas a prestar asistencia voluntaria, las empleó para equipar con ellas los hospitales militares rusos en Crimea. Fue tanto lo que realizó y era tal la apreciación de su grupo, conocido como las "Hermanas de la Merced", que se dijo de ellas que: "Las proveyó de todas las cosas necesarias, y estas santas mujeres fueron bendecidas por millares de soldados".[14]

Desde el punto de vista profesional, algunas enfermeras del grupo inglés se revelaron como excelentes, otras, en cambio, como muy mediocres, y algunas crearon toda clase de dificultades. Toda vez que hasta allí el ejército no había contado con el servicio de enfermeras femeninas, éstas no tenían posición alguna definida en su organización, y la posición definida es algo sagrado para los militares. Con poco auxilio por parte de la tradición, hubo que crear e implantar un método de disciplina adecuado a las circunstancias. Inclusive bajo la ventaja de la facultad de dirección aceptada, esto no resultaba fácil con mujeres de diversa extracción social, de educación diferente y creencias religiosas distintas, en un tiempo en que la gente era muy sensible a las diferencias de clase y a las barreras sectarias y estaba muy empeñada en conservarlas.

Esta fue en realidad la primera tarea de Florence Nightingale en la dirección de la enfermería, porque la institución de Harley Street había sido pequeña. Sus propias ideas amplias le impedían hacer distinciones entre sectas o iglesias, y sólo pedía que las mujeres trabajaran juntas en una "fraternidad común de amor a Dios y al ser humano".[15] Nadie sabía mejor que ella lo que debía a aquellas mujeres que la secundaron lealmente, adaptándose a nuevas y difíciles circunstancias y dando lo mejor de ellas mismas a sus pacientes. Aprendió a sentirse intensamente orgullosa de su labor y apreciaba todo lo que ganaba de ellas en cuanto a distinguir entre lo bueno y lo malo en las enfermeras y la enfermería. Sus fallas sólo servían para hacerla más consciente todavía de la necesidad de educación de todas las enfermeras.

El vestido militar. En su vestir durante el servicio en el ejército, Miss Nightingale favorecía tonos prácticos pero obscuros. Ella solía llevar gris o negro, con la simple gorra blanca, entonces de moda, tocando su pelo negro. En ocasiones, se ataba sobre la gorra un pañuelo negro. A menudo añadía

[14] De *The Origin of the Red Cross ("Un Souvenir de Solferino")* de Henri Dunant, traducido del francés por Mrs. David H. Wright, The John C. Winston Co., 1911, pp. 80-81.

[15] Cooke, Sir Edward: *A Short Life of Florence Nightingale,* 1925, p. 80. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

FIG. 45. Estatua de Florence Nightingale. Del Monumento de la Guerra de Crimea que se levanta a orillas del Támesis, en la Plaza de Waterloo, en Londres, Inglaterra. (Foto de Paul Barbuto.)

a su indumentaria un basto delantal, que puede considerarse tal vez como simbólico de su sentido intensamente práctico. En la calle llevaba un manto y un bonete gruesos, en aquella región en la que se dan en invierno temporales de nieve. El vestido de sus enfermeras era de una sobriedad correspondiente. Llevaban vestidos de áspera lana gris, chaquetas de lana y unas gorras que las favorecía tan poco, que cuando menos una de las enfermeras declaró que nunca habría venido si hubiera sabido que iban a llevar aquella gorra. Cuando iban a la población portuaria occidental llevaban para protección una bufanda parda de lino, con el nombre de "Hospital de Escútari" bordado en rojo. Unas capas cortas de lana completaban la indumentaria.

Finalmente, se acercaba el momento en que el grupo iba a dispersarse, a desprenderse de las convenciones de la vida del ejército tan rudamente aprendidas, y a readaptarse a la vida civil. Las enfermeras estaban agotadas, como lo estaba también Miss Nightingale, y la readaptación había de hacérseles difícil. Algunas de ellas tendrían la buena fortuna de encontrar un convento que las esperara para envolverlas en su paz protectora, en tanto que otras regresarían a hogares lujosos, pero las había también que habían de volver al trabajo. Mientras estaban todavía en servicio, Londres también estaba pensando en ellas y estudiando la cuestión del empleo de las que entre ellas eran profesionales. Miss Nightingale cooperó, enviando informes cuidadosos y detallados de cada una.

En marzo de 1856 la guerra había terminado. Las enfermeras se fueron despidiendo gradualmente del servicio y regresaron en diversos barcos. No fue hasta en agosto que los hospitales fueron evacuados y que Santa Filomena misma pudo tomar el barco para Inglaterra. Antes de dejar Escútari visitó el cementerio donde había enterrados tantos que se habrían salvado si la gente hubiera sabido mejor lo que podían ser el servicio médico militar, la higiene y la salubridad militares y la enfermería militar. "Mientras viva, lucharé por su causa", se prometió a sí misma. Fue esta una dedicación que acabó llenando los días de su vida.

LAS ACTIVIDADES POSBELICAS

Toda Inglaterra estaba esperando para honrar a Miss Nightingale cuando el barco que la llevaba entrara en el puerto, pero la heroína del pueblo se escabulló sin ser vista. Evitando toda publicidad bien intencionada, su primer pensamiento fue el de enviar a Lea Hurst una colección de aquellas mascotas caras a todos los soldados. La familia Nightingale fue invitada a procurar lugar para un muchacho marinero con una sola pierna, llamado "William", pequeño huérfano ruso recogido en el campo de batalla, y para un cachorro negro, llamado "Rousch", que le había sido regalado por los soldados. La querida Florence los siguió, sola, y nadie fue a esperarla a la pequeña estación rural del ferrocarril, porque nadie sabía que llegaba. Se fue a su casa a pie, buscando ahora la paz detrás de aquellos grandes árboles que en un tiempo habían parecido constituir una barrera entre ella y el mundo agitado y doliente al que ella había deseado ayudar.

Sin embargo, Miss Nightingale nunca se había sentido feliz en el ocio y, pese a periodos de agotamiento físico y mental, sabía que tenía que volver al trabajo mientras el interés público permanecía vivo todavía. La gente se olvidaría de esta guerra como se había olvidado de otras. En la lejana Escútari, el correo le había llevado dos cartas que parecían constituir llaves para la oportunidad. Una de ellas era de la Reina Victoria, quien expresaba el deseo de conocerla a su regreso. Con ella había venido el símbolo de honor que llevaba la Cruz de San Jorge, emblema real de Inglaterra, ejecutada en esmalte rojo, con el nombre de "Crimea" y el monograma real dominado por una corona de diamantes. En círculo alrededor se leían las palabras "Bienaventurados los caritativos", y en el reverso había la siguiente inscripción: "A Miss Florence Nightingale, en señal de aprecio y gratitud por su devoción a los valientes soldados de la Reina. De Victoria R. 1855".

El "Fondo Nightingale". La otra carta era de su antiguo amigo, Sir Sidney Herbert, y la informaba emocionado acerca de un mitin público celebrado en Londres, el 20 de noviembre de 1855. El objeto del mismo había sido el de encontrar alguna forma de expresar el agradecimiento del pueblo británico por el servicio desinteresado que ella había prestado. Habían participado hombres y mujeres importantes y se había decidido por unanimidad constituir un "Fondo Nightingale" del que ella pudiera servirse para convertir en realidad su antiguo sueño, creando una escuela en la que un grupo superior de mujeres pudiera aprender el arte de la enfermería y partir de allí para ir a enseñarlo al mundo entero. Esta respuesta a sus años de anhelo significaba mucho para Miss Nightingale, pero sabía que su realización había de esperar hasta que ella hubiera hecho todo lo que podía para mejorar la protección de la salud del ejército.

Saneamiento del ejército. Florence Nightingale había de cumplir la promesa hecha en el cementerio de los soldados, de Escútari, y para ello había de conducir a individuos influyentes y oficiales militares conservadores a ver cuáles cosas deberían cambiarse. Así, pues, fue a la obra de mejorar las condiciones de salubridad en el ejército que Miss Nightingale se dedicó ahora. Desenterró estadísticas para demostrar que el índice de mortalidad entre los soldados ingleses *en tiempo de paz* era el doble del índice entre la población civil. Era obvio, señalaba ella, que esto no había de ser necesariamente así. Y a la luz de los progresos realizados en materia de higiene, esto era inclusive criminal. Se juntaron simpatizantes a su alrededor, se celebró una reunión en casa del médico de la corte y se hizo lo necesario para que pudiera presentar sus ideas a la reina. Se la invitó a que redactara sus experiencias y sus sugestiones de reforma, para presentarlas al gobierno, ya que el contacto parlamentario directo, lo mismo que el sufragio, les estaba vedado a las mujeres de aquella época.

Empezaron a surgir dificultades políticas en el camino de Miss Nightingale; sin embargo, en seis meses tuvo listas sus "Notas sobre el Ejército Inglés". En 1857, las notas fueron impresas por su cuenta y distribuidas en forma privada. Su aparición marcó un punto crítico en la historia de la medicina militar. En efecto, a partir de dicho momento, las medidas curativas pasaron a segundo término en cuanto a importancia frente a las medidas preventivas, y se describieron reformas que hicieran posible la sanidad. Inclusive sus adversarios reconocieron la claridad de su pensamiento y el valor de su contribución. Se la invitó a que complementara este informe con otro acerca de lo que consideraba factible en materia de enfermería militar con mujeres. Su respuesta fueron las "Notas subsidiarias relativas a la introducción de la enfermería femenina en los hospitales militares en tiempos de paz y de guerra".

Una parte considerable de los dieciséis años siguientes se la dedicó al ejército. Miss Nightingale se trasladó a Londres, encontró tiempo y energías para ampliar su conocimiento de peritos y, por algún tiempo, volvió a su antiguo hábito de visitar hospitales. Muchas de sus sugestiones fueron seguidas al construirse un hospital militar modelo, y muchos otros hospitales y barracas militares se reformaron para proporcionarles aquello que no habían tenido, esto es, buena agua, ventilación, luz y calefacción. Sus servicios dietéticos e higiénicos experimentaron una revolución. Toda la experiencia práctica y todos los conocimientos que había reunido en el curso de los años fueron puestos a contribución.

Reformas relativas a los hospitales y la enfermería. Pese a su salud delicada como resultado de sus experiencias en el ejército, Miss Nightingale extendió también sus esfuerzos a la reforma de los hospitales civiles. Empezó a escribir una larga serie de artículos y li-

bros para su publicación. En 1859 fueron publicadas las "Notas sobre los Hospitales", para difundir el mensaje de una mejor atención por medio de una mejor construcción, mejores condiciones de salubridad y una mejor dirección, con estadísticas más precisas, un nuevo punto de vista acerca de la administración interior e ideas cambiadas en materia de enfermería. El que este libro satisficiera una gran necesidad, lo demostró su extensa circulación. En una época en que semejante información era escasa y difícil de obtener, se convirtió en una autoridad para las personas de muchos países que deseaban promover una era de reformas hospitalarias. El mismo año aparecieron las "Notas sobre la Enfermería". Este libro se convirtió inmediatamente en un libro de gran venta. No sólo se hizo popular en Inglaterra, a causa de su nuevo enfoque de uno de los grandes problemas del país, sino que se convirtió en libro de texto de las enfermeras en la escuela que fundó más tarde. América hizo del mismo una edición, y fue traducido a idiomas extranjeros. Inclusive hoy todavía pueden obtenerse reimpresiones.

De las reformas del hospital y de la enfermería tales como las patrocinaba Miss Nightingale había de depender el éxito del progreso concomitante de la ciencia médica. Su simpatía personal por los reformadores de la sanidad, como p. ej. el gran higienista público Sir Edwin Chadwick y el higienista militar Sir Sidney Herbert, produjo una comprensión desacostumbrada de los problemas de la sanidad en relación con el campo más amplio del medio hospitalario y el más amplio todavía de la salubridad nacional. En cuanto grupo, éstos formaron con ella una vanguardia que, sin darse cuenta de ello, iba preparando el camino para al advenimiento de *Louis Pasteur,* quien estaba ya trabajando conforme a criterios que habían de abrir una gran era de la ciencia bacteriológica.

Saneamiento en la India. Fue también en 1859 que Florence Nightingale empezó a trabajar en la mejora de las condiciones sanitarias del ejército inglés en la India. Aquí se repitió el éxito espectacular en la reducción del índice de mortalidad obtenido primero en Crimea y, luego, en Inglaterra. Una vez más pasó de los problemas puramente militares a los de la salubridad pública. Este tema retuvo su interés por más de 20 años, durante los cuales hizo mucho para incitar a la Inglaterra tanto en lo oficial como en lo civil a que mejorara las condiciones de vida de la población indú. Su proyecto para la reforma sanitaria de este país se discutió con altos funcionarios hindúes que visitaron Londres y con amigos ingleses influyentes, y fue con el concurso de éstos que fue puesto en marcha. Cuando el progreso parecía lento, escribía lo que tenía que decir, lo hacía traducir y cuidaba de que llegara a los jefes cultivados de la India rural susceptibles de influir sobre sus hermanos más atrasados y de conducirlos a nuevos modos de pensar.

Escribió otros dos trabajos, esto es, uno sobre "Cómo puede el pueblo vivir y no morir en la India", y el otro sobre "Cómo algunas gentes han vivido y no han muerto en la India". Reglamentaciones sanitarias fueron controlando gradualmente las condiciones de salubridad creadas por los grandes movimientos colectivos, como los de las ferias y las peregrinaciones en la India. Se mejoraron los hospitales, las cárceles y otras instituciones. Las grandes ciudades instalaron sistemas de desagüe, sistemas de eliminación de aguas negras y otros elementos de salubridad que redujeron considerablemente las enfermedades epidémicas corrientes. Se ayudó a la India a iniciar una enorme tarea de limpieza.

En pocos años, la heroína de Crimea había llegado a la posición de autoridad mundial en cuestiones relativas a la sanidad de los ejércitos, las instituciones y las ciudades. Recibía a montones proyectos de hospitales, para que emitiera crítica y diera consejo. Reunió a su alrededor a peritos en las diversas fases de su labor polifacética pero ya nunca más volvió a aparecer en público. La máxima realización de la vida de una gran mujer irradiaba ahora de un piso sencillamente amueblado en el Núm. 10 de la South Street, de Londres.

progresista, sistemática, creadora y prudente, Florence Nightingale ganó el derecho a un lugar entre los precursores de aquellos movimientos que han demostrado que los comienzos del siglo XIX fueron un periodo de un progreso extraordinario del espíritu humanista. Sir Sidney Herbert fue un puntal principal en todo lo que emprendió hasta el momento de su muerte, en agosto de 1861. Personalmente sintió por ella una simpatía cordial, y su influencia como Ministro de la Guerra y, más adelante, de Estado, le proporcionó acceso político. Para los dos, el trabajo era la vida, y la vida era el trabajo, y la humanidad debe mucho a esta amistad poco común.

Sugestiones para estudio

1) a) ¿Cuáles puntos de semejanza encontramos entre la organización de las Hermanas de la Caridad católicas y la de las actuales escuelas de enfermería? b) ¿Entre la orden protestante de las Diaconisas y las escuelas de enfermería modernas?
2) Descríbanse los efectos del desarrollo de las fábricas en la vida de las familias en Inglaterra.
3) Examínese la contribución a las reformas sociales de cada uno de los siguientes individuos:
   San Vicente de Paula
   Santa Luisa de Marillac
   John Howard
   Stepehn Grellet
   Elizabeth Fry
   Dorothea Lynde Dix
   Charles Dickens
4) Compárese el espíritu del principio ético enunciado por Sairey Gamp y el que ella misma y Betsy Prig practican.
5) ¿Qué encuentra la estudiante en enciclopedias y otros lugares acerca de la ciudad de Florencia, en Italia, su vida intelectual y artística, sus famosos pintores y su historia cual centro del Renacimiento?
6) Hágase una exposición de los primeros años de la vida de Florence Nightingale, que comprenda lo siguiente: a) su vida de familia; b) influencias que la condujeron a interesarse por la enfermería; c) oportunidades de su época para el estudio de la enfermería; d) sus medios de familiarizarse con los métodos hospitalarios; e) su primer cargo; f) acontecimientos que condujeron a la organización de un grupo de mujeres para el servicio en los hospitales militares de la guerra de Crimea; g) su demostración del valor terapéutico de la enfermería en cuanto a salvar vidas humanas, y h) sus actividades posbélicas.
7) ¿Cuáles cambios en la administración de las salas, introducidos por Miss Nightingale en Crimea, se tradujeron en una reducción del índice de mortalidad?
8) a) Procúrese la estudiante una copia de "Santa Filomena" para su cuaderno. b) ¿Quién es su autor?
9) Añádanse más nombres al mapa del Hemisferio Oriental y muéstrese la ruta del viaje de Miss Nightingale a Crimea.

Bibliografía

Abel-Smith, Brian: A History of the Nursing Profession in Great Britain. Nueva York, Springer Publishing Co., Inc., 1960.

Andrews, Mary R. S.: A Lost Commander: Florence Nightingale. Garden City, Nueva York, Doubleday, Doran & Co., Inc., 1933.

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957, Caps. 5 y 6.

Bauman, Sister Mary Beats: Mother Mary Catherine McAuley's Contribution to Nursing. Nueva York, Vantage Press, 1958.

Bishop y Goldie: A Bio-Bibliography of Florence Nightingale. Publicado por Dawsons of Paull Mall for the ICN. 16 Pall Mall, Londres S. W. 1.

Cooke, Sir Edward: A Short Life of Florence Nightingale. Nueva York, The Macmillan Co., 1925.

Cooke, Sir Edward: The Life of Florence Nightingale. Nueva York, The Macmillan Co., 1913.

De Barberey, Helen R. B.: Elizabeth Seton. Nueva York, The Macmillan Co., 1931.

Gallison, Marie: The Ministry of Women: One Hundred Years of Women's Work at Kaiserswerth, 1836-1936. The Lutterworth Press, 4 Bouverie Street, Londres E. C. 4. (A pamphlet, price 6d. net.)

Marshall, Helen E.: Dorothea Dix. Univ. of North Carolina Press, 1937.

O'Malley: Florence Nightingale. Butterworth Publishing Co., Inglaterra.

Pavey, Agnes E.: Story of the Growth of

Nursing. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1953.

Richards, Laura E.: Florence Nightingale: The Angel of the Crimea. Nueva York y Londres, D. Appleton & Co., 1927.

Sellew y Ebel: A History of Nursing, 3a. edición. St. Louis, The C. V. Mosby Co., 1955.

Stowe, Lyman Beecher: Saints, Sinners y Beechers. Indianapolis, Bobbs-Merrill Co., 1934.

Strachey, Lytton: Eminent Victorians. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1918.

Whitney, Janet: Elizabeth Fry, Boston, Little, Brown & Co., 1936.

Willis, Irene Cooper: Florence Nightingale. Nueva York, A. L. Burt Co., 1931.

Woodham-Smith, Cecil: Florence Nightingale. New York, McGraw-Hill Book Co., 1951.

Capítulo 10

DESARROLLO DE INSTITUCIONES SOCIALES

REFORMA NO SECTARIA DE LA ENFERMERIA

En 1860, Miss Nightingale empezó la reforma de la enfermería mediante la creación de una escuela modelo en la que se iba a enseñar el arte de la enfermería. El Fondo Nightingale, instituido en su honor con tal objeto por suscripción de la gente agradecida de su patria, ascendía ahora aproximadamente a 50 mil libras esterlinas. Esto representaba entonces una cantidad mucho mayor de lo que sería el caso actualmente. El Hospital de Santo Tomás, de Londres, en conexión con una escuela de medicina, rico e influyente, caritativo y de establecimiento antiguo, había sido escogido para lo que entonces constituía un experimento radical. Lo primero que hacía falta era encontrar a una persona que se hiciera cargo de la escuela, porque Miss Nightingale, si bien habría deseado hacerlo ella misma, no tenía ahora la salud suficiente para ello. Ella proporcionaría el plan, pero alguien otro había de ejecutarlo bajo su dirección. En los días en que había estado buscando enfermeras para que la acompañaran a Crimea se había topado con una matrona aparentemente tan capacitada y de personalidad tan superior, Mrs. *Sarah Elizabeth Wardroper,* que siempre más la recordó. Y ésta parecía ser ahora precisamente la persona indicada para hacerse cargo de la dirección de la Escuela Nightingale. Su cargo de matrona en el Hospital de Santo Tomás, en donde había mejorado la enfermería considerablemente, hacía su elección particularmente ventajosa.

La Sra. Wardroper se dispuso a aceptar esta responsabilidad adicional, y el Comité del Fondo Nightingale la contrató con el cargo de matrona de la escuela. Miss Nightingale expuso su plan. Jóvenes mujeres bien educadas, de no menos de veinticinco años y no más de treinta y cinco, seguirían un curso de enseñanza en clase y entrenamiento práctico en el hospital, para prepararlas a ganarse la vida cual enfermeras capaces. *Esta primera escuela moderna de enfermería iba a ser una escuela dotada.* El Fondo había de pagar a la matrona, a las hermanas de sala o enfermeras jefe y a conferenciantes médicos por el tiempo dedicado a la escuela.

Los principios básicos a la base del plan general, además de la selección de un hospital general que ofreciera una vasta experiencia, eran que las alumnas habían de vivir en un hogar cómodo, bien llevado, bajo una vigilancia y una disciplina tales, que aseguraran la conservación y el desarrollo del carácter y el aprendizaje de la enfermería bajo la dirección y enseñanza de una matrona cultivada, asistida por un grupo seleccionado de hermanas instructoras, por un periodo de tres o cuatro años. Este entrenamiento prolongado para las enfermeras constituía una innovación, porque hasta allí a las enfermeras sólo se les habían enseñado unas pocas prácticas sencillas por los médicos o sus asistentes, quienes tomaban las temperaturas ellos mismos, aplicaban las inyecciones hi-

podérmicas y en ocasiones cambiaban las sábanas de los pacientes gravemente enfermos. El piso superior de una nueva ala del Santo Tomás se arregló para residencia. Se dispusieron dormitorios separados para las estudiantes, con una sala de descanso de uso común y unas habitaciones para la hermana encargada de llevar éste su hogar.

La reglamentación de la vida en este hogar estaba trazada necesariamente de acuerdo con el tiempo, que había requerido que Miss Nightingale fuera acompañada hasta la costa del Mediterráneo por un tío y estuviera durante toda su experiencia en Crimea bajo la vigilancia de amigos de confianza de sus padres. Sus reglas pertenecían inevitablemente a aquella era victoriana, en la que las mujeres justamente empezaban a aventurarse fuera del amparo de la vida de familia, y estaban formuladas, además, por la influencia de Kaiserswerth y el convento. Una estudiante, por ejemplo, no podía salir sola, sino que necesitaba que otra estudiante la acompañara. Un cura había de pronunciar dos sermones por semana. Todo acto había de vigilarse, de modo que no recayera crítica alguna sobre la escuela a causa del empleo indebido de una libertad no acostumbrada. Su fundadora sabía bien que la institución estaba a prueba. Los prejuicios de las familias "bien" habían de superarse prometiendo protección a sus hijas educadas delicadamente. Y había que superar también los prejuicios de aquellos médicos y legos que consideraban que el viejo tipo de enfermera, con todas sus faltas, era suficiente, creando un tipo de enfermera mejor.

Estaban representados entre las mujeres de la escuela dos grados sociales, como lo habían estado en el grupo de enfermería de la Guera de Crimea, a saber: aspirantes instruidas de la clase superior, que pagaban unas treinta libras al año por colegiatura, y un grupo que no pagaba, seleccionado por sus condiciones y carácter, que representaba una capa menos distinguida de la sociedad. Las aspirantes estaban sometidas a un periodo de prueba de un mes, y un curso básico de estudio para todas era de un año.

La hoja de solicitud que había que llenar con la matrona contenía algunas de las mismas preguntas que se han venido poniendo a las aspirantes de las escuelas de enfermería hasta nuestros días. Sin embargo, una de las preguntas se ha perdido por el camino, y esta pérdida es significativa de otra reforma ya iniciada: la de la enseñanza para todas las mujeres. La pregunta era: "¿Sabe usted leer y escribir?"

Durante el año de preparación, las aspirantes servían como enfermeras asistentes y aprendían prácticas de enfermería que les enseñaban las hermanas que tenían a su cargo las salas. Habían de estar libres de labores subsidiarias y provistas de todos los elementos posibles para que la enfermería resultara eficaz. Había de impartir instrucción también el médico residente del hospital, a quien Miss Nightingale pedía preparar una hoja para lo que hoy llamaríamos "Estudio de la atención de Enfermería", esto es, notas escritas de observaciones de los pacientes, que las estudiantes habían de llevar con el mayor cuidado y presentar en el momento de los exámenes. Se pedía al personal del hospital que complementara esta enseñanza con un curso sistemático de conferencias y de prácticas clínicas. Las estudiantes recibían pensión, alojamiento, lavado y uniformes, con unas diez libras para gastos imprevistos.

Cuando los miembros de ambos grupos habían terminado los estudios del primer año, se procedía a unos exámenes, y las que los pasaban se designaban como *Enfermeras certificadas,* si bien se decidió no emitir certificado impreso alguno. La labor de clase estaba así terminada, pero había de seguir una segunda parte de su curso, de tres años para las que no pagaban y de dos para las de pago, que se dedicaban por completo a la práctica de sala, con sueldo, ya sea en el Hospital de Santo Tomás o en algún otro hospital escogido por el Fondo Nightingale. Había que mandar un informe del servicio de cada muchacha al Comité del Fondo, que cuidaba de encontrarle un empleo adecuado en un hospital, una vez el curso entero terminado.

FIG. 46. Entrada principal del Hospital de Santo Tomás. (Del Boletín de la Escuela Profesional para Enfermeras "Nightingale", Hospital de Santo Tomás, Londres, Inglaterra.)

Este último detalle ayudaba a fijar en las mentes de todas las interesadas la intención de los fundadores en el sentido de que se esperaba que las enfermeras graduadas de la Escuela Nightingale no entraran al servicio privado, que hasta allí había absorbido a las mejores enfermeras, sino que habían de diseminarse por los hospitales de todo el mundo cual enfermeras misioneras, enseñando el arte de enfermería, higiene y sanidad.

Anuncios en los periódicos atrajeron a solicitantes a las entrevistas previstas, y quince de éstas fueron seleccionadas para la primera clase. *El 24 de junio de 1860, estas 15 jóvenes mujeres se convirtieron en novicias de la Escuela Nightingale para Enfermeras, en el Hospital de Santo Tomás, de Londres, Inglaterra.* La escuela tuvo la suerte de contar con los servicios de la Sra. Wardroper por más de veinticinco años, y durante este tiempo se graduaron quinientas enfermeras para obtener empleos en Santo Tomás y otros lugares. Cincuenta de éstas pertenecían al grupo de las "alumnas de pago" y se hicieron matronas o superintendentes, algunas de ellas muy lejos de su tierra y su escuela. *La enfermería moderna había sido fundada.* Lo mismo que toda idea nueva, ésta se encontró también con una fuerte oposición por parte de hospitales y médicos conservadores. Su éxito, a pesar de la misma, demostró la utilidad de un plan definido de la enseñanza de enfermería, y la idea se esparció por el mundo entero.

Florence Nightingale, profundamente religiosa ella misma y viviendo en un tiempo en que un sectarismo furioso dividía violentamente a la gente, había encontrado la manera de poner fin al "Periodo Obscuro" de la enfermería, proporcionando un servicio de enfermería eficaz fuera del control de todo grupo religioso. Su éxito señala los comienzos de una secularización completa de la enfermería. Ella proporcionó un medio de preparar para una ocupación útil y adecuada a muchas mujeres que estaban tratando de emplear sus talentos fuera del círculo del hogar. Acostumbraba a referirse a las primeras enfermeras de la Escuela Nightingale como a sus "hijas", y preparaba para ellas unas cartas anuales que han sido reunidas en el libro "Florence Nightingale a sus Enfermeras". Sus sucesoras en todos los lugares del mundo la reconocen como "Madre de la Enfermería".

SE ESTABLECE LA ENFERMERA MUNICIPAL

La experiencia había mostrado a Miss Nightingale que había un campo negligido por la labor de enfermería fuera de los muros del hospital. La enfermería domiciliaria siempre había revestido un interés supremo para ella. En 1861, un rico residente de Liverpool, *William Rathbone,* le había escrito comunicándole su deseo de que ella le procurara enfermeras de su escuela para emprender dicho tipo de enfermería entre los pobres de su ciudad. Decía que iba a verla para hablar con ella al respecto. Sin embargo, las estudiantes de Santo Tomás no tenían preparación especial alguna para la labor municipal y, en todo caso, ninguna de las nuevas graduadas estaba disponible ni podía obtenerse enfermera alguna del King's College Hospital, en donde las Hermanas de la Casa de San Juan realizaban una labor tan excelente. Le sugirió, pues, que sería tal vez bueno que creara una escuela para enfermeras similar a la Escuela Nightingale en la gran Enfermería Real de Liverpool.

Se recordará a Mr. Rathbone como el bondadoso amigo que, con su esposa, ofreció refugio a Miss Dorothea Lynde Dix, la reformadora americana, cuando se encontró sola y enferma en Inglaterra. La Sra. Rathbone había fallecido en 1860, y su marido, durante su última enfermedad, aprendió a percatarse profundamente de la necesidad que tenían los enfermos de la enfermería. Deseaba, pues, dedicar algo de su riqueza a ponerla al alcance de aquellos que la necesitaban, como su esposa la había necesitado, pero carecían de los medios para pagársela. A demanda suya, *Mary Robinson,* enfermera sin preparación pero competente, que era la que había cuidado a la Sra. Rathbone, abandonó la enfermería privada para atender a los enfermos en la gran ciudad industrial y portuaria de Liverpool, y Mr. Rathbone le pagaba un salario. Proporcionó asimismo los elementos necesarios para salas de enfermos e hizo arreglos para cualesquiera dietas especiales. La popularidad no

FIG. 47. Estudiantes de enfermera en la Enfermería Real de Liverpool. Examinan un busto de Florence Nightingale que ellas han regalado a su escuela. (Del *Nursing Times,* agosto de 1941.)

tardó en llevar a Mary Robinson más trabajo del que podía hacer, y al buscar a otras enfermeras para que la asistieran, se reveló que no había ninguna disponible. Fue entonces, pues, que la sugestión oportuna de Miss Nightingale a propósito de una escuela ofrecía sus grandes posibilidades.

Para 1862, los edificios escolares necesarios, construidos y equipados por Mr. Rathbone, habían sido añadidos a la Enfermería Real. Se consiguió a *Miss Merryweather,* graduada de la Escuela Nightingale, para el cargo de superintendente de enfermeras. Se convino en entrenar a estudiantes de enfermera en las salas de la Enfermería, a la manera de la Escuela de Santo Tomás, pero, además de este entrenamiento, habían de enviarse a practicar en las casas de los pobres. Liverpool estaba dividida en dieciocho distritos, con una enfermera en cada uno, para vigilar la labor de un grupo de damas visitadoras voluntarias. Mr. Rathbone mismo seguía la labor de cerca y acompañaba personalmente a las enfermeras en sus visitas a los enfermos.

También Londres creó el servicio de enfermería municipal por distritos, cuyos detalles fueron elaborados por otra enfermera de la Escuela de Nightingale, *Florence Lees.* Una escuela para la enseñanza de la enfermería a domicilio, como especialidad, formaba parte de esta nueva organización. Se proyectó crear gradualmente un sistema nacional de escuelas y residencias similares para enfermeras de distrito. En lugar de un curso que hubiera sido en realidad una preparación para la labor de hospital, las estudiantes de enfermería de distrito seguían un curso que comprendía, con un año de labor de hospital, un periodo de seis meses de instrucción especial por maestras de enfermería domiciliaria.

Este tipo especial de enseñanza de una clase especial de enfermería era algo nuevo. Otra innovación fue la limitación de admisión en el curso. En efecto, sólo se permitió que se hicieran enfermeras de distrito las señoras. Esto constituía un paso más hacia la elevación de la posición social de la enfermería. Las señoras inglesas de esta clase contaban en aquellos días con enseñanza, en tanto que solamente muy pocas de la clase inferior gozaban de este privilegio. Se trataba, con todo, de un problema llamado a desaparecer con la difusión de los servicios de enseñanza. Mientras tanto, las residencias de enfermeras de distrito se fueron extendiendo por toda Inglaterra e Irlanda.

Debemos a William Rathbone y Florence Nightingale la introducción de una nueva fase de la historia de la enfermería, porque es de la idea de ella y de la labor precursora de aquél que surgieron las escuelas modernas de enfermería sanitaria.

REFORMA DE LA ENFERMERIA DE LA CASA DE TRABAJO

Toda vez que tenía un contacto excepcionalmente directo con los pobres, a causa de la labor de la enfermería de distrito, William Rathbone tropezó con la Casa de Trabajo y Casa de Corrección, de Liverpool, una de las instituciones populares en su día, que combinaba con sus funciones la de un hospital para incurables y casos crónicos entre los desheredados. Había amontonados en ella más de mil pacientes a los que atendían compañeros de la Casa de Trabajo, gente ruda, a menudo borrachos pobres, hombres y mujeres. Los funcionarios de la institución, con guantes de piel de cabrito para no ensuciarse las manos, hacían rondas diurnas, con el propósito, al parecer, de vigilar. Durante la noche mantenía el orden en las salas de convalecientes un policía, pero a los pacientes enfermos se los encerraba en sus cuartos y se los dejaba solos. También la enfermería y los pacientes, como es de suponer, estaban sucios más allá de lo actualmente concebible. La alimentación era muy deficiente. Consideraba Mr. Rathbone que Miss Nightingale era la única persona a la que podía dirigirse para mejorar aquel terrible lugar. Se fue a Londres para sugerir que él mantendría por tres años un equipo de enfermeras competentes, si ella lograba encontrarle otra superintendente para éstas.

El resultado de su visita y de mucha correspondencia fue que, en 1864, *Agnes Jones,* enfermera de la Escuela Nightingale, y otras doce enfermeras certificadas de la misma escuela trataron de organizar un mejor servicio de enfermería para los mil doscientos pacientes confinados a la sazón en la Casa de Trabajo de Liverpool. Hubo que conservar algunas enfermeras pobres por algún tiempo, y se consiguieron dieciocho aspirantes para una primera clase. Se trataba en realidad de un personal muy exiguo, y la tarea a la que se enfrentó aquella joven mujer en su primer cargo directivo hubo de parecerle ciertamente abrumadora.

A Miss Jones se le hizo difícil quedarse, pese al hecho de que Mr. Rathbone le hubiera procurado un departamento agradable para compensar las salas en las que debía pasar tan gran parte de su jornada. Parecía casi imposible hacer frente a una situación en la que la gente y las cosas eran tan sucias y donde pequeños niños enfermos habían de amontonarse en siete u ocho en una cama. Todo aquello era muy distinto de Kaiserswerth o del Hospital de Santo Tomás, en los que se había educado. Para animarla, Miss Nightingale le escribió que "aquello era Escútari una vez más". Se armó de coraje y siguió adelante.

Sin embargo, aquello era en conjunto tan agotador, que su resistencia física falló y, a los tres años, Agnes Jones, reformadora de la enfermería de la casa de trabajo, murió de una fiebre tifoidea que había contraído en sus contactos en la sala. Este breve lapso de tiempo demostró el éxito del segundo experimento de Mr. Rathbone. Londres siguió el ejemplo y, de nuevo bajo la dirección simpatizante de Florence Nightingale, cambió la enfermería en 48 casas de trabajo. Para 1874, las enfermerías de las casas de trabajo eran algo distinto, y ya no había en ellas enfermeras pobres.

Una vez más, la dirección de William Rathbone, el ciudadano, y de Florence Nightingale, la enfermera educadora, había cambiado el curso de la historia de enfermería, transformando esta vez las enfermerías de las casas de trabajo públicas.

NACIMIENTO DE LA CRUZ ROJA EN 1863

En 1859, los europeos volvían a estar en guerra. Italia trataba de liberarse del yugo austriaco, y Francia y Cerdeña la ayudaban. En junio de aquel año tuvo lugar una gran batalla cerca de la pequeña población de Solferino, en el norte de Italia. Fueron muertos o heridos unos cuarenta mil hombres. Los dos ejércitos habían pisado a los caídos, lo mismo amigos que enemigos. Un viajante de Ginebra, en la vecina Suiza, que había logrado acercarse lo bastante para ver cómo era una batalla, escribió lo siguiente a su propósito:

"En el ardiente calor de mediodía, la batalla sigue su curso, con mayor furia todavía... Ebria o enloquecida por la sangre, la carnicería se prosigue. Por el campo de matanza se lanza la feroz carga de caballería, y las herraduras de hierro de los caballos pisotean a los pobres caídos... Vuelve la obscuridad, nubes amenazadoras, se ha ido el sol. Se levanta una tempestad de viento y relámpagos; una lluvia helada barre el terreno. A medida que las sombras de la noche empiezan a caer, el tumulto de la batalla va cediendo. Hombres agotados se dejan caer para dormir allí mismo donde se encuentran, o andan en busca de algún camarada que no aparece. La obscuridad silenciosa se ve interrumpida por los gemidos y los gritos de los heridos".[1]

El extranjero en cuestión circuló entre ellos, ayudando donde podía y denotando la crueldad de individuos que seguían matando a enemigos donde los encontraban. "Somos todos hermanos", gritaba. La preparación para la atención de los soldados heridos era tan pobre como lo había sido en Crimea cinco años antes. Un servicio médico inadecuado se veía nuevamente desbordado, y algo había que hacer. Los individuos que sufrían no podían dejarse tendidos en un campo helado. Llegaron carros sin muelles de las vecinas aldeas para torturarlos más todavía al sacudirlos para llevarlos a aquéllas.

[1] Cita en *Under the Red Cross Flag at Home and Abroad,* de Mabel T. Boardman. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1915, p. 33.

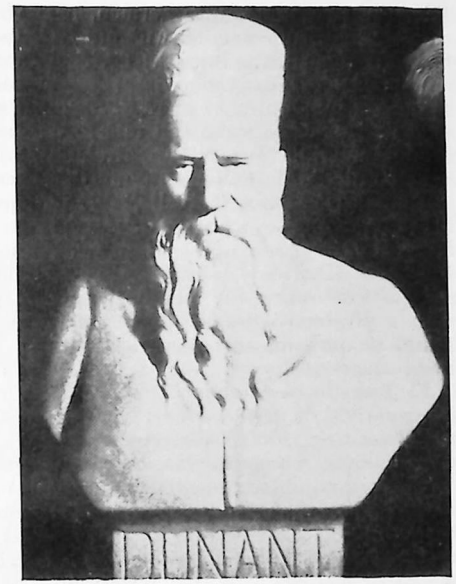


FIG. 48. Henri Dunant. (Escultura de Ernst Durig, en el Cuartel General Nacional de la Cruz Roja Americana, Washington, D. C.)

Aquí, iglesias, conventos, barracas militares y casas particulares se convirtieron en hospitales improvisados. Los balcones y las calles habían de acoger el excedente de heridos.

El viajante siguió y, se identificó como un individuo de gran iniciativa, reunió a un grupo de voluntarios entre las mujeres de una de las aldeas. Bajo su dirección, le ayudaron a prestar la atención de enfermería posible. A individuos heridos, de cualquiera nacionalidad que fueran, *Henri Dunant* y aquellas mujeres les dieron de beber agua, o sopa, los cubrieron o vendaron sus heridas, o los confortaban simplemente haciendo todo lo que podían. Madres italianas repitieron el grito de aquél: "Todos somos hermanos" y, mientras trabajaban, seguían repitiendo una y otra vez, *Tutti fratelli.* Una vez pasado lo peor, Dunant escribió cartas para los supervivientes, les compró pequeños regalos, envió dinero de sus pagas a sus familias e hizo todas aquellas cosas que Florence Nightingale había encontrado que tanto significaban para los individuos heridos y afectados de nostalgia.

En una población no lejos de allí había otros miles de heridos. Monsieur Dunant fue a ver lo que se hacía por ellos y fue testigo de operaciones que se practicaban sin anestesia, pese a que el empleo tanto del éter como del cloroformo se hubieron demostrado desde hacía ya más de diez años. Cada vez más se fue dando cuenta de lo mucho que podía hacerse para mejorar las condiciones de los soldados heridos mientras luchaban por la seguridad de los suyos. Conocía la labor muy reciente de las enfermeras inglesas durante la guerra y, hablando en Londres años después, se refirió a la obra de Miss Florence Nightingale en Crimea como fuente de inspiración de su viaje a Italia en 1859. Decidió encontrar una manera de hacer menos terrible la guerra. Con el recuerdo de Solferino fresco todavía en su memoria, Henri Dunant planteó a sus lectores entre el público la siguiente pregunta: "¿No sería acaso posible encontrar y organizar en todos los países civilizados sociedades permanentes de voluntarios quienes en tiempo de guerra pudieran socorrer a los heridos sin distinción de naciona-

lidad?".[2] Esta fue la idea germen, nacida de su triste recuerdo, que nos ha proporcionado todas nuestras Sociedades de la Cruz Roja familiares, pero su realización consumió el resto de la vida de Dunant y acabó con todos sus fondos. Escribió un folleto titulado "Un Recuerdo de Solferino" que despertó a los europeos la realidad de la fea verdad que se ocultaba detrás del brillo de gloria con que se habían disimulado el horror y la crueldad de la guerra. Este relato fue seguido de visitas a muchos países, en donde consiguió el apoyo de reyes y de ciudadanos influyentes.

El Tratado de Ginebra. Después de cuatro años de labor, Henri Dunant tuvo la satisfacción de ver reunirse en Ginebra un Congreso Nacional, en 1863, para considerar medios y maneras de conseguir voluntarios dispuestos a servir en el caso de otra guerra. Lo que conocemos como *Comité Internacional de la Cruz Roja* fue constituido inmediatamente y sigue funcionando hasta el presente. El año siguiente, representantes de dieciséis naciones firmaron el *Tratado de Ginebra,* en el que convinieron que los hospitales militares habían de ser respetados por todos los ejércitos como zonas de seguridad, debiendo considerarse a su personal de médicos y enfermeras como neutrales que atendían sin prejuicio a los heridos de todas las nacionalidades. El sufrimiento, en un sentido muy práctico, había de hermanar a todo el mundo: *Tutti fratelli,* tal como Henri Dunant lo había soñado.

Se convino asimismo que cada país crearía su propia sociedad de voluntarios, que actuaría de acuerdo con los principios fundamentales sustentados por la Cruz Roja. El respeto de estos principios por todos los tiempos se consignó como la tarea inmediata del Comité Internacional, compuesto de un grupo de ciudadanos suizos. Todas las sociedades habían de servirse del mismo diseño como bandera y erigirlo como signo de neutralidad sobre todos los hospitales en los que se vieran llamadas a servir durante la guerra. Había de significar la voluntad de atender a todos los heridos de los países en guerra. Semejante bandera habría de facilitar por sí misma un tratamiento temprano, porque hasta allí los heridos que estaban en condiciones de andar se habían visto obligados a buscar un hospital huyendo de su propia bandera nacional. En efecto, un hospital de campaña bajo otra bandera les hubiera negado la admisión.

El diseño seleccionado para la nueva bandera común de las diversas sociedades nacionales fue la bandera de Suiza con sus colores invertidos, esto es, una cruz roja sobre fondo blanco, gesto que honra públicamente a Henri Dunant y a su país natal a la vez. Sin embargo, el símbolo de la Cruz Roja ha sido modificado por las naciones no cristianas, sirviéndose los musulmanes de una media luna roja, los zoroastrianos de un sol rojo, y los israelitas de una estrella roja de David. Inglaterra firmó el Tratado de Ginebra en 1870 y, andando el tiempo, otras naciones siguieron. De acuerdo con su política de evitar todo compromiso internacional, los Estados Unidos se abstuvieron de confirmarlo hasta en 1812.

LA GUERRA CIVIL EN NORTEAMERICA (1861-65)

La próxima guerra que vino, solamente dos años después de la batalla de Solferino, fue una guerra civil en el Nuevo Mundo. Sin embargo, para 1861 muchas personas de los Estados Unidos estaban ya enteradas de la obra de Florence Nightingale, y probablemente un número menor de personas había oído hablar de los esfuerzos de Henri Dunant para formar una organización neutral de voluntarias para atender a combatientes de todos los ejércitos en pugna. Que sacaron provecho adoptando algunas de las ideas de las dos notables personalidades en cuestión, esto se desprende del sistema de alivio que crearon. Si bien los Estados Unidos no constituyeron una de las Sociedades de la Cruz Roja patrocinadas por Dunant, una organización similar a éstas surgió, con todo, de un amplio desarrollo de círculos de mujeres o sociedades de ayuda a los soldados, con el afán de proporcionar ropa o vendajes para su empleo en el ejército.

[2] De *The Origin of the Red Cross ("Un Souvenir de Solferino")*, de Henri Dunant, traducido del francés por Mrs. David H. Wright, The John C. Winston Co., 1911, p. 78.

LA LABOR DE LA COMISION SANITARIA

No tardó en ponerse de manifiesto que resultaba conveniente una organización central a cuyo través pudieran distribuirse los suministros. Nueva York envió a Washington un grupo de representantes de sus sociedades de mujeres y de la asociación local de médicos. Se solicitó del gobierno que nombrara un cuerpo conocido como "Comisión Sanitaria", cuyo objeto se formuló como "el simple deseo y la voluntad decidida de procurar a los individuos que se han alistado para esta guerra la atención que la nación está obligada a darles".[3] Se produjo la oposición habitual, gubernamental y militar, pero, pese a ella, la idea triunfó y la *Comisión Sanitaria* fue nombrada.

En esta forma, la Comisión se convirtió en centro de las actividades de ayuda, y una de sus primeras empresas fue la inspección de los campamentos del ejército en las cercanías de Washington. Se encontró que éstos eran deficientes en cuanto a desagüe, servicio de baño y espacio adecuado. El hacinamiento, el frío y la falta de ventilación obligaban a los individuos a pasar una gran parte del tiempo en una atmósfera de aire viciado. Los cobertores y la ropa de cama eran sucios. La alimentación y el servicio de cocina eran deficientes y faltaban en las raciones las hortalizas frescas. Había casos de disentería y escorbuto. Las tropas llegaban a estos campos sin interrupción, y no había lugar para que los hombres pudieran limpiarse después de un viaje en vagones de carga ordinarios que los llevaban acaso desde el lejano oeste. Sobre la base de estas observaciones se formularon recomendaciones, pero es el caso que el número habitual de almas conservadoras en los puestos de autoridad consideraban que las cosas estaban bien tal como estaban.

Pero entonces ocurrió algo, y gobierno y ejército se vieron impelidos a la acción. En efecto, las fuerzas del norte sufrieron una derrota en la batalla de Bull Run. Una encuesta al respecto puso de manifiesto que las razones de ello estaban en condiciones denunciadas ya por la Comisión Sanitaria: la salud de los hombres no se había conservado, habían ido a la batalla en mal estado. De allí en adelante, la medicina preventiva se impuso fácilmente contra la teoría de que la resistencia física era producto de un tratamiento rudo. La relación recíproca entre la salud y la moral de la tropa todo el mundo la había visto claramente.

Las actividades de la Comisión Sanitaria siguieron progresando paralelamente al curso de la guerra. Se convirtió en una fuente de asistencia voluntaria al ejército como la que Dunant había sugerido, y un instrumento eficaz de alivio para el soldado. Los suministros empezaron a fluir a través de las oficinas centrales de distribución. Se recaudaron cantidades enormes de dinero que se depositaron en su tesorería. Cuando la falta de hortalizas se tradujo en escorbuto, la Comisión remedió la situación recurriendo a los granjeros, deseosos de cooperar. Grandes calderas de sopa, montadas en ruedas y con una base dispuesta de tal modo que pudieran llevar su propio fuego debajo, seguían a los soldados en las líneas de batalla. Fue la Comisión Sanitaria asimismo la que procuró trenes-hospitales adecuados, instalando camas colgantes en vagones de carga y disponiendo que médicos y enfermeras fueran asignados a estos hospitales ambulantes, que habían de convertirse en un elemento permanente del equipo del ejército.

La Comisión Sanitaria se constituyó también en enlace entre el soldado y su familia. Y al terminar la guerra, proporcionó mantenimiento temporal a miles de individuos licenciados, cuidó de la tramitación de sus licencias y les

[3] Boardman, Mabel T.: *Under the Red Cross Flag at Home and Abroad,* Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1915, p. 53.

pagó el viaje de regreso al hogar. La suma de las actividades y el espíritu de neutralidad que caracterizaron a la Comisión le confirieron el carácter, sin el nombre, de aquellas Sociedades de la Cruz Roja de las que se hablaba en el extranjero. Florence Nightingale estaba en contacto, desde Londres, con sus jefes, compartiendo entusiástamente con ellos sus conocimientos de los movimientos europeos en vista de la mejora de la atención de la sanidad del ejército. En su afán simpatizante, se ofreció para atravesar el Atlántico y prestar su ayuda personal, pero se vio imposibilitada de hacerlo por una recidiva de su enfermedad.

Del mismo modo que en 1861 no existía en los Estados Unidos Sociedad de la Cruz Roja alguna lista para asumir la labor social y de ayuda, así casi no había tampoco enfermería organizada alguna. Lo que de ella había se encontraba exclusivamente entre las Hermandades católicas y protestantes y, por supuesto, los gobiernos de los dos lados recurrieron a ellas. Todas estas mujeres estaban sujetas a la disciplina de la vida institucional, y algunas de ellas se habían consagrado por completo a la atención de los enfermos. Tan pronto como se enteraron de la necesidad de sus servicios, las hermanas se pusieron al frente de la labor de enfermería. Sus hospitales existentes se llenaron de pacientes, sus conventos se convirtieron en hospitales de primeros auxilios, y las abnegadas hermanas sirvieron en el frente o pudieron verse en los campos de batalla durante toda la guerra.

ENFERMERIA VOLUNTARIA

Había doquier en el país muchachas que se habían emocionado con la historia de Florence Nightingale y sus enfermeras en Crimea. Había miles de Louisa M. Alcott ansiosas de "hacer algo", y la guerra ofrecía ahora a las mujeres de América la misma oportunidad de ocupación útil que había brindado a Florence Nightingale cuando ésta se encontraba en el mismo estado de insatisfacción. Hacían vendajes, los enrollaban, cosían uniformes y prestaban atención de enfermería.

Los círculos de mujeres del norte tenían su paralelo en el sur. Faltaba aquí una organización centralizada, sin duda, pero el espíritu de cooperación era muy fuerte. Se abrieron hospitales en casas particulares y en tiendas de campaña. Las mujeres del sur ararón los campos y levantaron las cosechas. El dinero se hizo tan escaso, que inclusive los que habían sido los más ricos entre ellos se encontraron con sus familias cerca de la privación. Doquier en América las mujeres dejaban el hogar para participar en la vida pública, asumiendo responsabilidades. Y al hacerlo, fueron más allá, inevitablemente, de antiguas maneras de pensar y de antiguas satisfacciones.

No transcurrió mucho tiempo antes de que se produjera una carrera de mujeres hacia la enfermería. En los momentos de gran necesidad, era raro que se las rechazara, pero, andando el tiempo, no siempre fueron bien venidas. Algunas prestaron excelentes servicios durante toda la guerra, pero otras hablaban a destiempo y creaban dificultades. Entre los líderes del movimiento de ayuda los había que insistían en la preparación de las mujeres que deseaban dedicarse a esta labor. La *Dra. Elizabeth Blackwell,* una de las primeras "mujeres nuevas" en América y, al propio tiempo, la primera que recibió el título de doctora en medicina en el mundo, comprendía dicha necesidad probablemente mejor que cualquier otro. Era amiga íntima personal de Florence Nightingale, a la que acababa de hacer una visita, y estaba muy enterada de sus ideas. Por otra parte, su contacto personal con los hospitales de Nueva York le permitió llegar a otras conclusiones particulares suyas.

Con la cooperación de Bellevue y de otros hospitales de Nueva York, se organizó en las salas de éstos un curso de un mes de experiencia práctica para las que deseaban alistarse como enfermeras de guerra. Cien mujeres aprovecharon esta preparación, y otras, aquí y allá en el país, se capacitaron asimismo para la enfermería

mediante periodos diversos de práctica hospitalaria. Sin embargo, la mayoría de las voluntarias eran como *Louisa M. Alcott,* quien describió gráficamente en *Hospital Sketches,* su primer libro que tuvo éxito, las experiencias de una que fue a la guerra sin aquella práctica:

"Mi experiencia de tres días había empezado con una defunción y, a causa del desfalco de otra enfermera, con una inmersión algo abrupta en la superintendencia de una sala que contenía cuarenta camas, donde pasé mis bellas horas lavando caras, sirviendo raciones, administrando medicinas y permaneciendo sentada en una silla muy dura, con neumonía a un lado, difteria en el otro, dos tifóidicos enfrente y una docena de patriotas maltrechos cojeando, tendidos u holgazaneando por allí, mirando todos ellos a la nueva enfermera, que estaba como sobre ascuas... y chapuceaba en sus intentos de trabajo con una firmeza espartana".[4]

Todo era "prisa y confusión", y una enfermera militar en ciernes encontró su camino hacia una sala que en su día había sido la alegre sala de baile de un hotel. No sabiendo qué hacer y presa de un deseo inesperado de esconderse, se apoderó de un rincón protegido.

"Alrededor de la estufa estaba reunido el grupo más triste que yo nunca hubiera visto antes: andrajoso, flaco, pálido, con vendajes ensangentados, no vueltos a tocar desde el momento de su aplicación, varios días antes".[5]

Deseosa de servir, pero no sabiendo cómo, permaneció en su refugio hasta que, en alguna forma, el mecanismo de la sala la arrastró:

"Aparecieron grandes bandejas con pan, sopa, carne y café, y tanto las enfermeras como sus asistentes se convirtieron en camareras, sirviendo abundantes raciones a los que podían comer.[5]

"Las amputaciones se dejaron para el día siguiente, y la magia compasiva del éter no fue necesaria en aquél, de modo que los infelices hubieron de aguantar sus dolores lo mejor que pudieran... Su valor parecía contagioso, y apenas emitieron un gemido, pese a que a mí me dieran a menudo deseos de quejarme por su cuenta, cuando el orgullo mantenía apretados sus labios pálidos, en tanto que gruesas gotas de sudor les perleaban en la frente y la cama vibraba con el temblor irreprimible de sus cuerpos torturados".[5]

El trabajo no había cesado desde aquel atardecer obscuro, hacía más de veinticuatro horas, y Louisa Ascott había aprendido algunas cosas acerca de la enfermería de guerra. Ningún otro día había de volver a ser tan duro, y una sucesión de días le permitió expresar en forma muy bella por cuenta de todas las enfermeras una de las satisfacciones que muy pocas de ellas habrán dejado de experimentar:

"Más halagadora que el cumplido más fino y más grata que la mirada más admiradora era la visión de aquellas hileras de caras, todas ellas extrañas para mí todavía un momento antes y ahora iluminadas por sonrisas de bienvenida, al unirme a ellas, gozando aquel momento intensamente, con un orgullo femenino en sus miradas, un afecto materno para todas ellas".[6]

Las realizaciones individuales o locales se han perdido de vista en los años que han transcurrido desde que las mujeres hicieron historia adaptando unos conocimientos exiguos pero femeninos al servicio público. Solamente unas pocas sobresalieron de la masa por su actuación conspicua. Una de las que comprendía las dificultades de la adaptación trató en vano de crear una escuela para enfermeras de guerra. Una de ellas, cuando menos, fue hasta los campos de batalla para salvar a los heridos. Algunas de ellas se enfrentaron a las normas oficiales, como lo hizo Florence Nightingale, para que los hombres sometidos a ellas tuvieran lo que necesitaban. Animosa, la célebre *Madre Mary Ann Bickerdyke* inspeccionaba por la noche las hileras de los muertos, para cerciorarse de que ninguno había sido puesto allí por error. Una atrevida mujer independiente, llamada *Clara Barton,* iba a donde le venía en gana, atendiendo a amigos y enemigos y sirviéndose de sus propios recursos para satisfacer necesidades. Después de haber sido herido un hermano suyo, *Walt Whitman* (1819-1882) sirvió como enfermero militar

[4] Alcott, Louisa, M.: *Hospital Sketches,* Boston, Roberts Brothers, 1885, p. 26.
[5] *Ibid.,* pp. 28, 33, 37.
[6] *Ibid.,* p. 41.

en hospitales del ejército, hasta el fin de la guerra, unos tres años más tarde, a continuación de lo cual escribió "El vendador de heridas", poema incluido en sus *Briznas de Hierba*. Norteños y sureños, blancos y negros, hombres y mujeres, todos se reunieron para servir; pero, lo mismo que en Crimea, de todas las enfermeras de la Guerra Civil, solamente una pequeña proporción podía estar dotada de dones sobresalientes de dirección.

ORGANIZACION DE LA ENFERMERIA MILITAR

Bastaron unos seis meses de esta clase incierta de servicio de enfermería para convencer a las autoridades de Washington que sería imprudente confiar demasiado en ella. Para organizar la enfermería del ejército, se escogió a una mujer a la que el público idolatraba por su labor desinteresada en favor de la reforma de las cárceles, las casas de los pobres y los hospitales para los enfermos mentales. *Dorothea Lynde Dix* era ella misma una enfermera voluntaria en Washington cuando fue nombrada "Superintendente de Enfermeras" y procedió a reunir el *primer cuerpo de enfermeras del Ejército de los Estados Unidos.*

Las reglamentaciones esbozadas por Miss Dix fueron sugeridas por las dificultades experimentadas por Miss Nightingale quien, entre muchas otras pruebas de esta clase, se encontró en una ocasión con seis de sus enfermeras a punto de casarse inmediatamente. Ninguna enfermera había de contar menos de treinta años de edad, y todas ellas habían de ser lo más caseras posible. Su indumentaria había de ser del tipo más sencillo. Estaban prohibidas las cintas, las alhajas y toda clase de adorno. Si bien no se prescribió uniforme alguno, pardo obscuro y negro fueron, con todo, los colores en que se insistió, en parte para reducir el encanto y, en parte, en vista de las dificultades por lo que se refiere al calor y al lavado. Se fijó una retribución de doce dólares al mes para las solicitantes aceptadas, si bien Miss Dix sirvió sin remuneración alguna durante toda la guerra.

Sin embargo, en ningún momento estas enfermeras alistadas directamente a través de una dependencia gubernamental resolvieron el problema global de la enfermería durante la Guerra Civil, ni siquiera en el Norte. Grandes número de hombres sirvieron como enfermeros, algunos como miembros del ejército, otros como auxiliares voluntarios, y algunos como representantes de una sociedad más bien nueva entonces, la Asociación de Jóvenes Cristianos (YMCA). Antes de terminar la guerra, había miles de enfermeras femeninas, entre el Norte y el Sur, que formaban un cuerpo diverso, con muchas diferencias en cuanto a inteligencia, diplomacia, valor y experiencia. Estaban representadas en él todas las clases sociales. El espíritu dominante era el de un gran valor y una gran abnegación, pero los métodos de enfermería sobre todo los del hogar y de la Edad Media, con frecuencia no hubieron de lograr los resultados apetecidos.

Al concertarse la paz, el grupo más pequeño y restringido de mujeres trabajadoras de guerra con dotes de dirección encontró otras tareas públicas a las que se dedicaron. La doctora Elizabeth Blackwell, Dorothea Lynde Dix, Louisa M. Alcott y Clara Barton siguen destacando cual elementos progresivos en las filas femeninas. La doctora Blackwell dedicó sus energías una vez más a la tarea de aumentar las oportunidades para las mujeres en el campo de la medicina. Dorothea Lynde Dix, cuyo servicio de guerra había sido la continuación de años de esfuerzos para mejorar los hospitales mentales, volvió a esta labor. Louisa M. Alcott reemprendió su carrera literaria allí donde la había dejado y dedicó el resto de su vida a entretener a la juventud americana con sus novelas. Y en cuanto a Clara Barton, ésta se dedicó por el momento a indagar el paradero de soldados desaparecidos, y con una tenacidad y persistencia características estableció registros de una buena cuarta parte de los muchos miles de individuos de los que no se tenían noticias. Siguió siendo la figura espectacular y aislada que había sido, destinada a conseguir una gran popularidad y a conquistar en el plano internacional un lugar para la mujer en los asuntos públicos.

LA CRUZ ROJA NACIONAL NORTEAMERICANA

En 1870 estalló la Guerra Franco-Prusiana, y Clara Barton se fue a trabajar con la Sociedad de la Cruz Roja creada por Alemania. Al ayudar en los hospitales alemanes, se enteró de la enfermería superior practicada por las diaconisas preparadas a la manera de Kaiserswerth y de las enfermeras de la Cruz Roja entrenadas en los hospitales especializados de ésta que iban surgiendo al paso de Henri Dunant. Ardía en entusiasmo de crear una Sociedad de la Cruz Roja de los Estados Unidos. Sin embargo, el nuevo país quería seguir manteniendo su aislamiento político y estaba decidido a sacar provecho de la situación geográfica que había puesto un Océano entre él y los reyes europeos que andaban en disputas constantes. Al llegar la señorita Barton a su patria, con su proyecto de favorecer la formación de una Sociedad de la Cruz Roja, no se dejó desanimar por la advertencia que se le hizo de que se trataba de un proyecto que había que abandonar.

Escribiendo y hablando a su propósito, Miss Barton hizo todo lo que pudo para familiarizar con los objetivos de la Cruz Roja a una audiencia pública cada vez más extensa. Varias veces fue ella personalmente a solicitar el concurso del Presidente o del Congreso, pero es el caso que su país estaba convencido de que no habría más guerras, y sus gobernantes no le prestaron apoyo. Se convirtió en su tópico habitual la utilidad de la Sociedad de la Cruz Roja en otras formas de desastres.

"Ningún otro país está más expuesto, que el nuestro a abrumadoras calamidades. Apenas transcurre año alguno sin que la nación, de un océano al otro, se vea llevada a consternación extrema por algún desastre imprevisto y esté temblorosa, como un barco en una tormenta, impotente, horrorizada y desesperada. Epidemias, cólera, incendios, inundaciones, todo se abate sobre nosotros con una fuerza terrible... ¿Y qué tenemos para enfrentarnos a estas situaciones aparte del corazón compasivo del pueblo y de sus donativos espontáneos? — Nada, ciertamente, en materia de sistema organizado para las colectas, la recepción y la distribución: ni agentes ni enfermera alguna."[7]

Finalmente, en 1822, la Cruz Roja Nacional Americana se convirtió en realidad, y Miss Barton fue su primera presidente.

LA REFORMA DE LA ENFERMERIA EN AMERICA

Poco después de la Guerra Civil, ciudadanos representativos de Nueva York —hombres y mujeres que habían tomado parte en actividades de auxilio— decidieron averiguar por medio de visitas personales qué clase de atención se estaba prestando al preso, al enfermo mental, al pobre y al enfermo en las instituciones de su Estado sufragadas por los contribuyentes. Constituían la base de su estudio los métodos imperantes de higiene y salubridad, de enfermería y administración. Lo que Elizabeth Fry, John Howard, William Rathbone, Dorothea Lynde Dix y Florence Nightingale habían encontrado en Liverpool y Londres, esto se repitió a dondequiera que fueran.

Sin embargo, la verdadera reforma de la enfermería en América empezó con un grupo de mujeres que siguieron a aquel primer grupo y se conoció con el nombre de *New York State Charities Aid Association* ("Asociación caritativa auxiliar del Estado de Nueva York"). La mayoría de sus miembros habían efectuado alguna forma de servicio durante la Guerra Civil. Se nombró un comité que había de concentrar su investigación en el *Bellevue Hospital*, de la ciudad de Nueva York, y rendir un informe después de un cuidadoso estudio de las condiciones allí imperantes. La historia fue la de siempre: dirección ineficaz, mala enfermería y pacientes desgraciados y negligidos. Una lavandería sin jabón, en una ins-

[7] Epler, Percy H.: *The Life of Clara Barton*, 1927, p. 231. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

titución que acogía a los más sucios de los habitantes de los barrios pobres, esto constituía un indicio de las condiciones generales. Se recomendó una de las nuevas escuelas de enfermería como primer y más importante paso en vista de una reforma de la situación.

Mientras tanto, la fama del sistema de Nightingale de preparar enfermeras se había extendido entre los médicos que estaban procediendo a cambiar su práctica en consonancia con la ciencia de los Pasteur, los Koch, los Lister y otros, así como con el advenimiento del empleo del éter cual anestésico general. Experimentaban éstos hombres la necesidad de mejores asistentes en la atención de sus pacientes y patrocinaban, a través de la Asociación Médica Americana, la formación de escuelas modernas en todos los Estados Unidos. Norteamérica se encontraba en el umbral de un periodo de exploración en la enseñanza de enfermería, durante el cual el sistema Nightingale había de constituir la base para el desarrollo de nuevos métodos.

LA REFORMA ANTERIOR AL SISTEMA NIGHTINGALE

No se trataba en esto de la primera experiencia de Norteamérica en la preparación de enfermeras para su función, porque existían ya dos escuelas. En efecto, ya en 1860 el *New England Hospital for Women and Children* (Hospital de Nueva Inglaterra para Mujeres y Niños), en Boston, Massachusetts, había tratado de formar enfermeras, pero no tuvo éxito hasta que introdujo el sistema de Kaiserswerth. Al proceder a este cambio, la primera estudiante que se inscribió fue una joven mujer llamada *Linda Richards* que se graduó en 1873 y había de conocerse de allí en adelante como la "primera enfermera graduada en América". Según su propio relato, su curso de un año requería tanto patriotismo como una resistencia física considerable.

"Mi deseo de hacerme enfermera surgió de lo que oía a propósito de la falta de enfermeras durante la Guerra Civil."[8]

[8] Richards, Linda: *Reminiscences of America's First Trained Nurse*, Boston, Whitcomb and Barrows, 1911. pp. 5 y 10.

FIG. 49. Linda Richards. (De un cuadro regalado al Hospital de Nueva Inglaterra para Mujeres, por sus alumnas.)

"Nosotras, las enfermeras, hacíamos un trabajo muy distinto del de las estudiantes de enfermería de hoy en día. Nuestras jornadas no eran de ocho horas: eran de casi dos veces ocho horas. Nos levantábamos a las 5.30 de la mañana y dejábamos la sala a las 9 de la noche para ir a nuestras camas, que se encontraban en pequeños cuartos entre las salas. Cada enfermera tenía a su cargo la atención de seis pacientes, de día y de noche. Muchas veces me levanté nueve veces en el curso de una noche; con frecuencia no había vuelto a conciliar el sueño antes de que viniera la próxima llamada; pero, con la bendición de una constitución sana y la firme decisión de terminar la carrera costara lo que costara, me mantenía contenta. No llevábamos uniforme, siendo la única prescripción la de que nuestros vestidos fueran lavables."[8]

En 1861, un mes antes de empezar la Guerra Civil, un grupo de señoras cuáqueras de Philadelphia estableció el *Hospital de la Mujer (Woman's Hospital)* y anunció su propósito de abrir una escuela para preparar a un tipo superior de jóvenes mujeres. En 1864, sus registros dicen que "una enfermera especializada preparada a fondo había dejado la institución para dedicarse a su profesión en la localidad". En 1876 se graduó *Martha M. Waldron*. Las dos, ella y Miss Richards, no eran enfermeras de la escuela Nightingale, pero estaban preparadas para el ejercicio de la enfermería, con todo, y

fueron muy útiles como superintendentes de algunas de las nuevas escuelas. Junto a ellas figuró, en los primeros intentos de inculcar ideales en la enfermería norteamericana, la *Hermana Helen*, de la Hermandad Protestante de Todos los Santos, de Inglaterra, familiarizada con el sistema de Santo Tomás, quien inauguró la escuela en el Hospital de Bellevue. Además, varias enfermeras Nightingale fueron importadas por Canadá.

LA REFORMA NIGHTINGALE

La necesidad urgente de escuelas de enfermería del tipo de la famosa Escuela Nightingale, de Londres, se puso de manifiesto en ocasión de la Guerra Civil, del mismo modo que la Guerra de Crimea la había expuesto a Inglaterra y Europa. La siguiente lista de algunas de las primeras escuelas norteamericanas basadas en el sistema Nightingale ilustrará la rapidez con que se propagó la idea, la extensión del área afectada y el alcance de un movimiento social que se proponía servir a todo el mundo:

1873 — Escuela de preparación profesional del Hospital de Bellevue, Nueva York.
Escuela de preparación profesional del Hospital General de Massachusetts, Boston.
Escuela de preparación profesional de Connecticut, Hospital de New Haven, New Haven.
1874 — Escuela de preparación profesional del Hospital General de la Marina, St. Catherines, Ontario, Canadá, conocida más adelante como "Escuela profesional de Mack".
1875 — Escuela de preparación profesional del Hospital General de Montreal, Montreal.
1879 — Escuela de preparación profesional del Seminario de Spellman para enfermeras de raza negra, Atlanta, Georgia.
1880 — Escuela de preparación profesional del Hospital de Niños, San Francisco.
1881 — Escuela de preparación profesional del Hospital General de Toronto, Toronto.
1884 — Escuela de preparación profesional del Hospital Blockley, Philadelphia.
1887 — Escuela de preparación profesional del Hospital General de Winnipeg, Winnipeg.
Escuela de preparación profesional del Hospital de St. Luke, Denver.
Escuela de preparación profesional del Hospital de California, Los Angeles.
1888 — Escuela de preparación profesional de Mills para hombres, Hospital de Bellevue, Nueva York.
1889 — Escuela de preparación profesional del Hospital Johns Hopkins, Baltimore.
1890 — Escuela de preparación profesional del Hospital del Jubileo Real, Victoria, Columbia Británica, Canadá.
Escuela de preparación profesional del Hospital del Buen Samaritano, Portland, Oregón.
1891 — Escuela de preparación profesional del Hospital Harper, Detroit, Michigan.

Era inevitable que el curso completo del desarrollo de las escuelas de enfermería presentara desviaciones con respecto al plan original y se viera influenciado por circunstancias económicas o nacionales resultantes de las condiciones del crecimiento en los países jóvenes. Con todo, dos principios del sistema Nightingale se tuvieron siempre presentes. En efecto, en cuanto expertas en el arte de la enfermería de acuerdo con los conocimientos de la época, se puso a mujeres al frente de las escuelas y, por otra parte, los cursos ponían el acento en una práctica de enfermería proseguida por mucho tiempo. Inicialmente había de seguir a un año de preparación profesional un año de práctica, en principio vigilada.

Como resultado, Norteamérica trató, pero sin conseguirlo, de hacer una adaptación eficaz del sistema de aprendizaje conocido en las artes manuales. Fue lástima que en aquellos días de imitación se pasara por alto la importancia de la instrucción clínica y junto a la cama, tal como la subrayaba Miss Nightingale. Había también una tendencia a negligir la atención debida en la selección de las solicitantes. En el verdadero sistema del aprendizaje, el aprendiz aprende bajo la dirección y la vigilancia personales de un maestro en su arte. Se le proporciona ocasión, al propio tiempo, de observar al maestro mientras éste trabaja conforme a la práctica establecida. En presencia de una falta manifiesta de artistas que enseñaran la enfermería, esto resultaba difícil, y así es como a no tardar se perdió en la enseñanza de aquélla un aspecto esencial. Con frecuencia, a las estudiantes se les confería en el segundo año una responsabili-

FIG. 50. Una clase de vendaje en el Hospital General de Philadelphia, alrededor de 1890. (Cortesía de *The Nursing World*, febrero de 1939.)

dad considerable en la enseñanza de las prácticas de enfermería a las estudiantes del primer año. Las escuelas estaban organizadas como dependencias de los hospitales y, como es natural, se convirtieron en instrumento de éstos.

Tampoco pasó mucho tiempo antes de que estas instituciones se dieran cuenta de la ventaja de una organización subsidiaria que procuraba una atención más eficaz de los pacientes de lo que había sido el caso hasta allí, y además a un costo sorprendentemente bajo. Las enfermeras jefes tituladas que acababan haciéndose cargo de las salas del hospital recibían una remuneración ligeramente por encima de la que Miss Nightingale había aconsejado para las estudiantes. Además, durante su segundo año las estudiantes empezaban a hacerse cargo de casos de servicio dentro y fuera del hospital, aumentando éste sus propios ingresos con los honorarios que cargaba por los servicios de aquéllas. No es sorprendente, pues, que las estudiantes no terminaran con frecuencia su curso, sino que, cual enfermeras independientes, aprovecharan la oportunidad que se les presentaba de una retribución mayor en el campo de la enfermería domiciliaria. Y los errores de estos primeros tiempos hubieron de pagarse muchos años más adelante todavía. La tarea de la que entonces la enfermería hubo de hacerse cargo fue la de crear escuelas, con objeto de proporcionar una respuesta, inclusive inadecuada, a la repentina demanda pública cada vez mayor del nuevo lujo que constituían las enfermeras profesionales.

Durante el periodo entero de 1860 a 1893, los ojos del mundo estuvieron fijos en el sistema Nightingale de preparar a mujeres para la enfermería tal como lo hacía la Escuela Nightingale. Buscaron primero su adaptación las posesiones británicas y los países protestantes, siguiendo luego Alemania en donde la emperatriz, una hija de la Reina Victoria, patrocinó su introducción. Siguió Holanda, pero en ninguno de estos dos países existía la misma necesidad de una buena enfermería que existía en los otros. En efecto, aquéllos contaban con diaconisas, enfermeras de la Cruz Roja, Béguines y otras, en tanto que los países católicos, por su parte, estaban bien provistos de hermandades de monjas o de enfermeros. Tal vez el movimiento más extenso, que transcurrió además casi paralelamente con el de Norteamérica, fue el que empezó en 1868 en Australia.

Si tenemos en cuenta que la sola ciudad de Londres creó ocho escuelas y que el primer pensamiento de todos los que deseaban participar en esta gran reforma era el de conseguir una enfermera de Nightingale, resulta claro que la Escuela Nightingale no podía atender todas las demandas que se le dirigían. Así, pues, tan pronto como fue posible, las jóvenes escuelas enviaron a una proporción de sus propias graduadas para que compartieran la carga de la labor de introducción de aquellos primeros tiempos. Y esto había de revelarse como una forma muy adecuada de resolver un problema que implicaba no sólo la creación de escuelas, sino que requería con no poca frecuencia adaptaciones radicales del personal a la gente y las condiciones del medio.

En 1868, *Lucy Osborn* llevó al Hospital de Sydney, en Australia, a un grupo de cinco enfermeras. Se organizó una escuela y, toda vez que fue creciendo la demanda de las enfermeras que allí preparaban, estas enfermeras Nightingale fundaron a través de toda Australia y Nueva Zelandia, con el concurso de algunas tituladas más de Santo Tomás, una serie de escuelas de enfermería. En Edimburgo, Escocia, *Miss Barcaly* y un grupo de enfermeras Nightingale reorganizaron el servicio de la Enfermería Real. En 1874, *Miss Money*, con el concurso de dos enfermeras del Hospital Guy, de Londres, organizó con éxito la Escuela de preparación profesional Mack, en St. Catherines, en Canadá, y en 1884 *Alice Fisher*, otra enfermera Nightingale, realizó una tarea de dificultad notoria estableciendo una escuela de enfermeras en el Hospital Blockley, que es actualmente el Hospital General de Philadelphia.

Graduadas de la Escuela de preparación profesional del Hospital de Bellevue. La escuela del Hospital de Bellevue, de Nueva York, fue la primera que se estableció como exponente destacado del plan Nightingale en América y proporcionó a este continente muchas precursoras de la enfermería reformada. Algunas de éstas establecieron escuelas en las que sirvieron por muchos años, en tanto que otras adoptaron la función, que les resultaba más atrayente, de reformadoras viajeras, poniendo también los fundamentos de muchas escuelas más. Sobresalió, de entre este grupo brillante de graduadas de Bellevue, *Isabel Hampton*, que había sido una joven maestra de escuela en Canadá antes de decidirse a cambiar su profesión. Contaba sólo veintiséis años cuando fue nombrada superintendente, en 1886, de la Escuela de preparación profesional de Illinois, que proporcionó un equipo de personal de enfermería al Hospital Regional Cook, de Chicago. En dicho cargo difícil, su influencia constructiva y su visión profesional produjeron algo que era totalmente nuevo, a saber, un *sistema graduado de teoría y práctica*. En 1888 consiguió también crear su primera *afiliación*, en cuya virtud el curso seguido por las estudiantes podía llevarse a cualquier grado de complemento mediante experiencia en la atención de pacientes particulares, no permitiéndose ya más, en adelante, el abuso del servicio especial para estudiantes, que se había introducido en esta y otras escuelas.

En 1889, Miss Hampton dejó la Escuela de preparación profesional de Illinois y pasó a Baltimore, para organizar una nueva escuela en conexión con el Hospital Johns Hopkins. Constituía esto una oportunidad emocionante, porque es el caso que la escuela, lo mismo que el hospital, estaban concebidos para servir de modelo en Amé-

FIG. 51. Isabel Hampton Robb. (Folleto de la Liga, *Nursing Leaders.*)

rica a los hospitales americanos. Había de evitar, en efecto, aquellas desventuradas desviaciones con respecto al plan Nightingale que las circunstancias habían impuesto a las escuelas de enfermería americanas y había de asumir la dirección en la enseñanza de la enfermería. En forma significativa, el título escogido para la jefe de dicha escuela no fue el de *superintendente,* sino el de *principal.* Durante sus años en la Escuela de preparación profesional de Johns Hopkins, Isabel Hampton introdujo un periodo regular de dos horas libres en la jornada de trabajo de doce horas, que ella hubiera querido reducir a ocho. Los periodos fijos de recreo, tiempo para las comidas e inclusive la limitación de la jornada de trabajo, todo esto constituían innovaciones.

Miss Hampton se esforzó por presentar la enseñanza de la enfermería como un desarrollo equilibrado, intelectual y manual. Mujeres de inteligencia clara se reunieron a su alrededor como estudiantes y como enfermeras jefes. Percibiendo la falta de libros escritos especialmente para las enfermeras, escribió uno que llegó a introducirse como texto básico en las escuelas norteamericanas, a saber: *Nursing: Its Principles and Practice for Hospital and Private Use* ("La enfermería: sus principios y su práctica en el hospital y el servicio particular"). Otro texto, *Nursing Ethics* ("La moral de la enfermería") siguió después que Miss Hampton se hubo casado con el Dr. Robb y hubo abandonado el proyecto que había iniciado con tanto éxito. Pero en este momento, ya una de las alumnas de su primera clase en Johns Hopkins estaba en condiciones de encargarse de su misión en la enseñanza de las enfermeras norteamericanas a través de la escuela modelo de aquel hospital. Se trata de *Mary Adelaide Nutting,* otra joven mujer de Canadá, que llegó a establecer un curso de entrenamiento anterior a la verdadera práctica en la sala del hospital. Miss Nutting consiguió asimismo reducir la jornada de la estudiante a ocho horas, en un curso prolongado a tres años.

Cuando Isabel Hampton estaba en su segundo año en Bellevue, llegó de Canadá otra maestra de escuela para ingresar en la de Johns Hopkins a título de prueba. Era ésta *Mary Agnes Snively,* que se había criado sólo a unos pocos kilómetros de distancia del hogar de Miss Hampton.

En 1884, al terminar su curso, Miss Shively regresó a Canadá, para hacerse cargo de la escuela de preparación para enfermeras creada dos años antes en el Hospital General de Toronto. Dirigió durante veinticinco años el desarrollo de esta escuela, desde donde mandó enfermeras doquier que el Canadá las necesitara. Al propio tiempo, Miss Snively contribuyó en forma principal a la dirección de la organización de la enfermería en Canadá y al progreso general de su enseñanza.

Otra graduada distinguida de Bellevue en aquellos primeros tiempos fue *Lavinia L. Dock,* que ocupó en Bellevue cargos directivos, fue ayudante de Isabel Hampton en Johns Hopkins y superintendente de la Escuela de preparación profesional de Illinois. Fue mientras era superintendente de noche en Bellevue que Miss Dock encontró el tiempo de redactar un libro de texto de materia médica. Toda su vida profesional muestra que fue un espíritu aventurero al que le encantaba apartarse del camino trillado, realizando a su manera una tarea brillante. De la que no fue ciertamente la parte menos brillante su colaboración con Miss Nutting en la redacción conjunta de un libro básico en cuatro volúmenes sobre la historia de la enfermería.

Ya en 1890, las graduadas de Bellevue habían hecho camino hasta localidades muy alejadas de la escuela de su región natal, y *Emily L. Loveridge* había cruzado un continente para fundar la escuela de preparación profesional para enfermeras en el Hospital del Buen Samaritano, en Portland, Oregón. A su llegada allí se encontró con que era una de las tres únicas enfermeras de la ciudad. Su primera clase comprendió a cinco estudiantes, a las que enseñaba en su cuarto, al atardecer. Miss Loveridge fue jefe de esta escuela durante quince años y, a continuación, administradora del hospital durante veinticinco años más, dejando tras sí una lista envidiable de realizaciones.

Jane A. Delano fue otra maestra de escuela entre las enfermeras del Bellevue a la que gustaba la emoción de las situaciones críticas y de lo desconocido. Miss Delano se graduó en 1886, prestó servicio en la Cruz Roja de Florida durante la epidemia de fiebre amarilla de 1888 y tuvo a su cargo un hospital de mineros en Arizona, antes de establecerse en la labor de enseñanza de la enfermería como superintendente de la escuela de enfermería del Hospital de la Universidad de Pennsylvania, en Philadelphia. Más tarde sirvió con el mismo título en su *alma mater.*

Graduadas de la Escuela de preparación profesional del Hospital de Nueva York. Había otra escuela en la ciudad de Nueva York que preparaba un grupo casi paralelo de graduadas llamadas a adquirir renombre ayudando a sacar de la obscuridad tradicional a los hospitales del Nuevo Mundo. La Escuela de preparación profesional del Hospital de Nueva York tuvo de estudiante a *Nora Livingstone,* quien por espacio de treinta años dirigió la enseñanza de la enfermería en la Escuela de preparación profesional del Hospital General de Montreal. Se graduó asimismo en el Hospital de Nueva York *Clara Weeks (Shaw),* autora del que se conoció siempre como libro de texto de la enfermería de "Clara Weeks", uno de los primeros y por muchos años uno de los preferidos de Norteamérica.

FIG. 52. Mary Agnes Snively. (Cortesía de *The Trained Nurse and Hospital Review.*)

Otras dos jóvenes graduadas del Hospital de Nueva York descubrieron un nuevo campo de exploración. Miles de personas enfermas estaban privadas todavía de los beneficios de la nueva enfermería. Los ricos contaban con el lujo de la enfermera preparada en el servicio domiciliario, pero los pobres sólo tenían en sus hogares muy poca atención, si es que tenían alguna, pese a que estuviera relativamente generalizada la costumbre de que los hospitales les mandaran enfermeras. Con el propósito de llevar la competencia de la enfermera profesional a donde en una ciudad americana no se la conocía todavía, *Lillian D. Wald* y su amiga, *Mary Brewster,* se arriesgaron a penetrar en los barrios bajos de Nueva York. En 1893, estas dos jóvenes mujeres se fueron a vivir allí donde vivían los pobres. Su nuevo hogar en un piso de una casa de vecindad de la calle de Henry se convirtió, a través de un proceso muy sencillo, en Establecimiento

de la Calle de Henry, famoso ahora como centro de enfermería sanitaria.

Además de sus enfermedades, los pobres llevaban toda clase de problemas a sus bondadosas vecinas, y las enfermeras trataban de resolverlos lo mejor que podían. Lo que oían y veían mientras atendían a los enfermos o compartían las dificultades familiares les enseñó la vida de los pobres en su conjunto. Aprendieron a percibir, detrás de aquellas causas bacterianas que la escuela de enfermería y el hospital habían señalado a su atención, causas sociales. Trataron de evitar las cosas que afectaban a esta gente desventurada, desamparada a causa de su ignorancia completa de la manera de protegerse. Es el caso, en efecto, que las dos enfermeras habían tropezado en lo que había de constituir la enfermería sanitaria, y nuevas perspectivas se abrieron a la enfermera visitadora.

La enfermería de las escuelas. Era natural que la enfermería en las escuelas siguiera las huellas de la enfermería domiciliaria. Conociendo el plan de funcionamiento en Inglaterra, Miss Wald visitó algunas escuelas públicas de Nueva York, observando a las alumnas y conversando con los profesores. Redactó un informe a intención de los funcionarios de sanidad a propósito de los síntomas de enfermedades contagiosas que había descubierto. Poco después se practicó una inspección médica de las escuelas, en la que se apreciaron las posibilidades de mejora mediante el empleo de los servicios de enfermeras escolares.

Con objeto de demostrar lo que podía hacerse para conservar la salud de los niños de edad escolar, *Miss Lina L. Rogers,* graduada del Hospital de Toronto para Niños Enfermos, se tomó prestada en 1902, por un mes, del Establecimiento de la Calle de Henry. Y fue tanto lo que hizo esta competente e inteligente enfermera, que no tardó en seguir a su labor la introducción de la enfermería escolar con carácter permanente. Más adelante, Miss Wald y Miss Rogers fueron invitadas a visitar las escuelas de otras localidades para explicarles el experimento, con el resultado de que la enfermería escolar se añadió a la enfermería domiciliaria en cierto número de grandes ciudades. Y la enfermería escolar y la enfermería domiciliaria se convirtieron así prontamente en una cuña para la participación de la escuela y el hospital en un servicio social que llega al hogar del niño de edad escolar y del paciente dado de alta y elimina obstáculos en el proceso de su adaptación a la sociedad.

Graduadas de Boston. Boston hizo su aportación, lo mismo que Nueva York, a la empresa de proporcionar directoras para las escuelas de enfermería. *Linda Richards, la primera enfermera profesional de Norteamérica,* interpretó la función de la enfermera misionera al pie de la letra y fue mucho más allá de los límites de la Nueva Inglaterra. Llevó el mensaje de la Nightingale al Oeste, hasta Kalamazoo, Michigan, y en 1885 al Japón, en donde fundó la primera escuela profesional para enfermeras en este país. En total, Miss Richards aprovechó la oportunidad de

Fig. 53. Nora Livingstone. (De *Pioneers of Nursing in Canada,* publicado por la Historia de la Sociedad de Enfermería, de la Universidad McGill, de Montreal, bajo los auspicios de la Asociación Canadiense de Enfermeras.

Fig. 54. Anna Caroline Maxwell. (De *Early Leaders of American Nursing,* publicado por la Liga Nacional para la Enseñanza de la Enfermería.)

inyectar reformas, a través del medio de la enfermería, en cuando menos doce hospitales importantes. Algunos de éstos eran hospitales especializados para enfermos mentales, y en ellos prosiguió la obra de Dorothea Lynde Dix, organizando equipos de personal de enfermería y, en ocasiones, estableciendo escuelas profesionales en las que las estudiantes de enfermería mental practicaban un periodo de entrenamiento en hospitales generales.

De la Escuela de preparación profesional del Hospital de la ciudad de Boston vino en 1874 *Anna Caroline Maxwell,* quien sirvió en calidad de superintendente de las escuelas profesionales en los hospitales General de Montreal, General de Massachusets, de San Lucas y Presbiteriano de Nueva York. Desde esta última escuela siguió irradiando una influencia beneficiosa sobre las cuestiones relacionadas con la enfermería durante veintinueve años.

Graduadas inglesas. Mientras las precursoras creaban en América escuelas para enfermeras, otras dos mujeres jóvenes habían ocupado sus lugares entre las promotoras de la enfermería en Inglaterra. *Mrs. Bedford Fenwick* había organizado en el antiguo Hospital de San Barlotomé, de Londres, empezando a la temprana edad de veinte años, una escuela que se hizo la igual en importancia de la de Santo Tomás. La Sra. Fenwick se había graduado en la Escuela de preparación profesional de la Enfermería Real, de Manchester. Después de seis años de enseñanza, renunció para casarse. *Isla Stewart,* graduada de la Nightingale en 1879, la sucedió. Durante los siguientes veinticinco años, Miss Stewart prodigó generosamente sus múltiples talentos no sólo en la escuela de San Bartolomé *(Barts),* sino también en el desarrollo de una nueva profesión.

PRIMEROS CURSOS PRELIMINARES

En los primeros días de las escuelas profesionales para enfermeras, una de las críticas corrientes por parte de las estudiantes parece haber sido la falta de instrucción teórica. Inteligencias inquietas como las de Isabel Hampton Robb o Lavinia L. Dock habían de experimentar con demasiada frecuencia una falta de satisfacción intelectual en la presurosa práctica de la enfermería que se les imponía. Un curso de instrucción

Fig. 55. Mrs. Bedford Fenwick. (Cortesía de *The Trained Nurse and Hospital Review.*)

previa habría sido útil, pero en este aspecto no se había imitado a Kaiserswerth. No fue hasta en 1893 que *Mrs. Rebecca Strong,* una enfermera Nightingale de Glasgow, concibió la idea de proporcionar a sus estudiantes de la Escuela de Medicina de St. Mungo un curso preliminar de instrucción teórica. Aquí, con sujeción a las mismas normas que los demás estudiantes de la escuela superior, se les enseñaban todas las materias del curso, y el entrenamiento subsiguiente se limitaba al dominio de la práctica de la enfermería. En 1901, el primer curso preliminar fue introducido en América por Miss Nutting, en el Hospital Johns Hopkins, de Baltimore. Tres años después, la Escuela Superior de Simmons, en Boston, ofreció un curso de ciencias aplicables a la enfermería para las estudiantes que se preparaban para ingresar en la Escuela profesional del Hospital General de Massachusetts, Boston. Estos parecen haber sido unos de los primeros intentos encaminados a proporcionar a las nuevas escuelas de enfermería el beneficio de los métodos de enseñanza general.

LOS PRIMEROS LIBROS DE TEXTO

Empezaron a aparecer libros de texto y manuales de enfermería. La Escuela profesional de Connecticut publicó en 1878 un manual de enfermería, *A Handbook of Nursing,* redactado por un comité. Bellevue no tardó en poseer su manual propio. Se utilizaban asimismo algunos manuales que habían sido escritos siguiendo las notas de enfermería *(Notes of Nursing)* de Florence Nightingale. Existía un texto sobre obstetricia y otro relativo a la atención de los enfermos mentales, y había además textos sobre enfermería, ética enfermera y *materia medica* escritos por Clara Weeks Shaw, Isabel Hampton Robb y Lavinia L. Dock. Con frecuencia se regalaban a las escuelas voluminosos libros de medicina, especialmente cuando resultaban ya anticuados, y algunas estudiantes ambiciosas de enfermería se adentraron personalmente en la "Anatomía" de Gray y la "Práctica de la Medicina" de Osler. La labor de clase, allí donde la había, se centraba alrededor de la práctica, ética, anatomía, fisiología, *materia medica* e higiene. Las escuelas eran sumamente individualistas en cuanto a los métodos de enseñanza, aunque no tanto en la práctica diaria.

LOS METODOS DOMINANTES

Las aspirantes a preparación profesional habían de reunir cierta cultura, juventud y una constitución sana. La edad preferida se situaba entre los 25 y los 35 años. Los requisitos relativos a la cultura general eran los que correspondían a aquella época, en que las escuelas particulares o los conventos daban los últimos toques a la educación cuidadosa por parte de la madre. Se temía que las escuelas públicas pudieran resultar nocivas a una personalidad educada finamente. Muchas de las estudiantes de enfermería empezaban sus carreras como maestras de escuela o deseaban evitar de pasar por

FIG. 56. Mrs. Rebecca Strong, la centenaria (1843 a 1944). Graduada de la Escuela Nightingale en 1867. (De *American Journal of Nursing,* agosto de 1927. También en *Nursing Times,* 6 de mayo de 1944.)

esta puerta tradicional de un empleo elegante. Las escuelas de enfermería en las grandes ciudades distantes ejercían un misterioso atractivo. Para miles de muchachas de inteligencia despierta, la huída hacia ellas lo era hacia la libertad. Era esta la primera vez, desde la Edad Media, en que las mujeres de las clases superiores dejaban sus hogares en tan gran número para atender a los enfermos.

Las estudiantes eran admitidas a las escuelas no por clases o grupos, sino de una en una, a medida que iban saliendo las graduadas. Los cursos eran, en muchos casos, de un año, pero se fueron alargando gradualmente a dos y, finalmente, a tres. Algunas escuelas estaban controladas por hospitales especializados en la atención de algún tipo particular de paciente solamente o con un número muy limitado de camas. Otros hospitales estaban bajo el control de un número muy reducido de personas. El alojamiento, cuando se proporcionaba en una residencia para estudiantes, era de una sencillez monástica. Se ponía el acento en la atención del paciente y la abnegación por parte de la enfermera. Cuanto más agotada se la viera en su aspecto exterior y cuanto mejor pudiera soportar la incomodidad y la fatiga personales, tanto más se acercaba al ideal de la buena enfermera.

Las tradiciones británicas de disciplina se exportaron a otros países, y la vida de la enfermera vino a regirse por una mezcla curiosa de reglamento militar y costumbre heredada del ejército y de las órdenes militares, combinados con una buena dosis del ascetismo cultivado por los monasterios. Había que aprender una gran deferencia para con la autoridad. La estudiante de enfermera había de *actuar:* no se le pedía ni se esperaba de ella que *pensara.* Si no podía aprender a recibir una orden, ejecutarla y a no hablar en absoluto cuando la asaltaban dudas o el deseo de saber, se iba para casa. Y si fallaban sus conocimientos de administración doméstica, corría el riesgo de seguir el mismo camino. El castigo de la falta de precisión en la ejecución de las órdenes médicas era severo. En Norteamérica, la enfermera que lograba graduarse era libre de seguir su propia inclinación, y el campo del servicio particular, que es el que más la atraía, se extendía con mayor rapidez de lo que pudieran encontrarse enfermeras profesionales para llenarlo. De ahí que la constitución de un grupo capacitado de inspección para las escuelas fuera un proceso lento.

LA ADOPCION DE UNIFORMES

La enfermera del Nuevo Mundo no llevaba inicialmente uniforme alguno y, lo que es más raro, era contraria a llevarlo. En Bellevue, las autoridades simpatizaron tempranamente con la idea de adoptar un tipo de vestido uniforme, tanto por consideraciones de economía y limpieza como por razón de aquella influencia psíquica que mueve al grupo en uniforme hacia una moral aumentada y al abandono del arbitrio personal. Ya en 1875 se llevaba en el hospital algún tipo de tocado, porque el acta de su sesión de Consejo del 1º de diciembre decía que: "...hay que inculcar a nuestras enfermeras que los gorros son para cubrir el pelo, y no están concebidos en modo alguno como adorno de coquetería, así como que los vestidos largos están contraindicados en las salas".

Finalmente, en 1876 se decidió invitar a una estudiante a llevar el vestido de algodón propuesto y ver qué efecto producía sobre el prejuicio de las demás. Afortunadamente, había en la escuela una muchacha excepcionalmente agraciada, *Euphemia Van Rensselaer,* perteneciente a la buena sociedad de Nueva York, que estuvo de acuerdo en irse por dos días de permiso a casa, en cuyo tiempo iba a mandar que le hicieran un uniforme. Al regresar la Srita. Van Rensselaer a las salas del hospital, su alta y elegante figura estaba ataviada en una sirsaca rayada azul y blanco, con un delantal, cuello, puños y un gorro blancos. Por supuesto, después de esto todas las muchachas quisieron uniformes.

Otras escuelas quisieron también adoptar uniformes poco después de esto, y los vestidos de algodón, delanta-

les, puños, cuellos y gorros fueron adquiriendo variedad a medida que se iban convirtiendo en distintivos entre las escuelas. En tanto que el sentido de la palabra *uniforme* no llegó a tomarse en su sentido literal, cabía añadir al vestido algunos toques individuales. Las modas corrientes influían sobre los mismos. Un vestido común a determinados grupos de mujeres sirvió a menudo de inspiración para el diseño del uniforme. El hábito de las órdenes religiosas católicas y episcopal inglesas, el vestido de las cuáqueras y otras sectas protestantes, de las diaconisas, etc., todos ellos proporcionaron alguna idea. Las largas faldas se rellenaban con varias capas de enaguas almidonadas. Con frecuencia estaban además forradas hasta un alto de unos 45 cm del suelo, y por razones de modestia no subían a más de unos cinco centímetros de éste. Las chaquetas eran ceñidas al cuerpo y también forradas. El popular delantal seguía el estilo campesino europeo y era parecido al que llevaban las Hermanas de la Caridad. Estaba hecho de varios anchos de tela para sábanas reunidos en un cinturón que en ocasiones se ataba por detrás por medio de un gran lazo de cordones fruncidos y tenía un babero que cubría la parte delantera del corpiño.

El origen de la cofia se remonta a los días de la Edad Media e inclusive de tiempos anteriores en los que la humildad de la mujer se manifestaba por la asunción de un velo nupcial. El gorro de la enfermera era el símbolo de su servicio en favor de la humanidad. Trataba al propio tiempo de cumplir, con éxito variable, otra función exigida por una época que iba cobrando conciencia de la existencia de los gérmenes patógenos. Con los gorros se pretendía favorecer la atención higiénica de los pacientes, cubriendo las cabezas adornadas con peinados más o menos complicados por un pelo que, suelto, podía llegar acaso más abajo de la cintura. No existiendo entonces todavía el salón de belleza tal como lo conocemos actualmente, el lavado del pelo constituía una tarea larga y fastidiosa que no se realizaba con más frecuencia de lo que resultaba necesario.

Los uniformes escolares los llegó a llevar en la casa la enfermera graduada de servicio particular. Los pacientes y los médicos aprendieron a conocer las virtudes particulares que se escondían debajo de cada uniforme escolar. El orgullo por los éxitos individuales se fue diluyendo en el orgullo escolar, que adoptó una forma particularmente intensa. Y en forma inevitable, la barrera levantada fue creciendo y llegó a manifestarse en la devoción a un determinado uniforme escolar que adquirió así una fijeza que hacía difícil toda modificación futura. Al propio tiempo, el uniforme conquistó la imaginación del público, porque el atractivo de la simplicidad sin mancha y el efecto calmante de la uniformidad realzaban los atractivos del encanto juvenil, el entusiasmo y el amable servicio de la enfermera.

OTRAS REFORMAS SOCIALES

Entre los años 1860 y 1893, la reforma de la enfermería por Florence Nightingale y la reorganización concomitante de los hospitales se habían iniciado en Canadá, Australia, Nueva Zelandia, Escocia, Irlanda, Suecia, Alemania, India, Holanda, los Estados Unidos y el Japón. Se trataba en esto de una de las numerosas reformas sociales que empezaban a ocupar ahora el lugar del monasterio perdido. Todas ellas se fundaban en ideales religiosos, pero quedaban al margen, con todo, de toda autoridad eclesiástica. Participaban en ellas tanto las mujeres como los hombres, siendo por lo regular el papel jugado por aquéllas importante. Muchas organizaciones de extensión universal que siguen conservando gran importancia tuvieron su origen en aquellos días. Constituyó especialmente un incentivo de estos comienzos de labor social organizada la situación de los pobres, reunidos entonces por la industria en las grandes ciudades y luego abandonados.

EL EJERCITO DE SALVACION

Sobresalió entre los nuevos jefes *William Booth*, quien empezó una misión entre los pobres de Londres. En 1877, su grupo de colaboradores llegó a conocerse con el nombre de "Ejército de Salvación", y su organización sobre una base militar data de dicha fecha. Para 1893, este ejército de paz había invadido una gran parte del mundo. Reunió bajo su protección a los pobres, los presos liberados, los ancianos, los jóvenes, a todos los desgraciados, así como a los que se habían apartado de la gracia de una vida ortodoxa. Su fundador escribió un libro, *In Darkest England and the Way Out* ("En la Inglaterra más obscura y la salida"), y reunió dinero para poner en ejecución el proyecto que había concebido en su mente.

ESTABLECIMIENTOS

Se iniciaron otras organizaciones sociales que no tardaron en prosperar, cada una en su área propia de calamidad. Fue típico de éstas el "establecimiento", que con frecuencia se creó como retoño de una universidad en respuesta al interés de grupos intelectuales por investigar las condiciones y encontrar remedios de la miseria entre los pobres, en los países viejos, o de la inadaptación del inmigrante extranjero en los países nuevos. Era una forma nueva de restablecer la antigua idea de la solidaridad humana. *Toynbee Hall*, en Londres, fue uno de estos establecimientos que descolló. Fue fundado como monumento en homenaje a un empleado de asistencia social entre los pobres y empezó siendo una residencia para unos pocos estudiantes de la vecina Universidad de Oxford. Bajo la dirección de un clérigo, estos jóvenes estudiaban problemas locales y dedicaban algún tiempo a auxiliar, en cualquier forma que pudieran, a la gente que vivía en su miresable vecindario.

Fue en Toynbee Hall en donde *Jane Addams* encontró la respuesta a una prolongada búsqueda de medios para expresar su propia necesidad de conocer íntimamente, y de aliviar socialmente, a todos aquellos que estaban impedidos por dificultades susceptibles de eliminarse. En 1889 encontró una casona, en Chicago, que amuebló como su domicilio, invitando a todos los vecinos a visitarla. Entre éstos había representantes de más de treinta naciones, gente que permanecía aferrada a sus costumbres propias pero deseaba, al propio tiempo, que sus hijos se aprovecharan de la enseñanza y la oportunidad que consideraban que Norteamérica podía ofrecerles. Muchas de las madres trabajaban en fábricas, y algunas, por menguados salarios, en sus casas. Una guardería diurna, un jardín de infancia y una biblioteca no tardaron en satisfacer necesidades obvias. En una época de miseria podía encontrarse siempre algo en *Hull House*, y el municipio se acostumbró a considerar a Miss Addams como su colaboradora. Su establecimiento, al igual que el de Taynbee Hall en Inglaterra, fue típico de los otros muchos que se crearon aproximadamente en aquellos días en Norteamérica.

Y. M. C. A. y Y. W. C. A.

Aun antes de la Guerra Civil otra organización se había extendido desde Inglaterra a través del Atlántico. La *Young Men's Christian Association* ("Asociación de Muchachos Cristianos") se había organizado en Canadá y en los Estados Unidos. Se había extendido asimismo a Europa, porque Henri Dunant era miembro de la misma, y algo del entusiasmo humanitario de aquélla se debe a la influencia de éste. Paulatinamente fueron integrando sus funciones en aumento la formación del carácter, el ejercicio del cuerpo, el recreo, la enseñanza, la ayuda, la visita de los enfermos y el empleo. En 1894, un movimiento correspondiente entre las muchachas culminó en la creación de la YWCA universal ("Asociación de Muchachas Cristianas").

MISIONEROS MEDICOS

Una fase única de labor social que tuvo su origen aproximadamente en dicho tiempo encontró su escenario en el Labrador. Aquí, en una región de

témpanos y frío ártico, vivían en las condiciones más primitivas con sus familias unos pescadores y unos cazadores de animales de piel. Eran súbditos ingleses en una frontera remota; la tierra árida que llamaban su patria no atraía a nadie más. Sus vidas transcurrían en una labor tan expuesta, sus alimentos eran tan inseguros y tan desiguales en calidad, que las enfermedades, no menos que los accidentes, les imponían un grave tributo. Carecían de toda atención médica.

En 1892, un médico inglés, que había escogido la labor misionera como esfera de actividad, se procuró un pequeño barco, lo hizo equipar como hospital y se hizo a la mar, para ver cuáles eran en Labrador las necesidades de la asistencia médica que estaba dispuesto a prestar. El *Dr. Wilfred T. Grenfell* encontró trabajo para toda la vida, un trabajo que se ha apreciado en el mundo entero. Empezando con un pequeño hospital, "Grenfell del Labrador" creó toda una serie de centros hospitalarios a lo largo de la costa del Labrador y de la parte norte de Terranova. A ninguna persona necesitada se le rechazó nunca por falta de medios de pago, y los que podían hacerlo pagaban de acuerdo con sus posibilidades. Médicos y enfermeras, lo mismo que estudiantes de las escuelas superiores, prestaron servicio voluntario en la misión del Labrador. En invierno, el traslado por tierra se hacía por medio de equipos de perros, y en verano podía llegarse a los hospitales en barca. Con el correr de los años se fue creando allí un servicio completo para satisfacer las necesidades tanto físicas como espirituales.

La orden de la nobleza convirtió al médico misionero en "Sir Wilfred Grenfell". Para él, la situación del Labrador se presentó siempre como un reto a la "caballería del servicio de Jesucristo". La forma en que él y sus colaboradores se enfrentaron a dicho reto se presentaba a uno de sus contemporáneos como "una de las aplicaciones más sencillas, directas y vitales jamás vistas del Evangelio de Jesucristo a las necesidades humanas en los tiempos modernos".[9]

La labor de Sir Wilfred Grenfell forma parte de aquella gran expansión en el campo misionero que tuvo lugar durante los últimos años del siglo XIX. Misioneros médicos en gran número propagaban las enseñanzas cristianas en el corazón de India, Africa, China, Japón y otros países muy necesitados de su influencia. Se establecieron, como puntos fundamentales de contacto fraternal, hospitales, escuelas de enfermería y dispensarios, en donde enfermeras y médicos, algunos de ellos de fama internacional, dedicaban sus vidas a aportar una contribución a la tarea de hacer del mundo un lugar mejor y más feliz en donde vivir.

El Ejército de Salvación, los establecimientos, las asociaciones cristianas de muchachos y muchachas, los misioneros, y la atención de los pobres en grandes hospitales públicos, todos éstos y muchos más son ejemplos de la enorme agitación social que se estaba produciendo doquier. Después de un periodo obscuro de más de trescientos años, la idea de la solidaridad humana se estaba reafirmando una vez más en nuevas formas, adecuadas a las ideas cambiadas. Se percibía que el cristianismo era un credo que había que vivirlo, en lugar de discutir o guerrear a su propósito. Los negocios iban creciendo. El Occidente de América se iba colonizando. La marea de la inmigración de Europa hacia el Nuevo Mundo se enfrentaba a pocas restricciones. Y los hospitales y la enfermería, como es natural, siguieron a la gente a todas las nuevas fronteras.

LA NUEVA ENFERMERA

La enfermera de este periodo era típicamente una enfermera clínica, tanto en el hospital como en la casa. En ambos campos dedicaba una devoción ilimitada a su labor e irradiaba un entusiasmo sincero. Centenares de jóvenes muchachas atractivas, inmaculadas y deseosas de gustar, estaban reemplazando

[9] *The Challenge of Labrador*, p. 15. (Folleto publicado en 1928 por la International Grenfell Association, Boston, Massachusetts.)

a las "Sairey Gamp" (v. p. —158—) que por tanto tiempo habían dominado. Aquí y allá había también enfermeras jefe dotadas de la aptitud natural de enseñar, que se deleitaban en la administración de su sala, gozaban de las posibilidades que la enfermería brindaba a su inventiva y disfrutaban creando duplicados eficaces de sí mismas.

Había superintendentes de enfermeras en las nuevas escuelas, que se enfrentaban a problemas sin precedentes y los resolvían. Sólo unos pocos de los nombres de estas esforzadas precursoras figuran en los archivos de la historia, pero es lo cierto que un gran número de hospitales y municipalidades recuerdan con gratitud en sus corazones a muchas más. Entre las "muchachas de carrera" de aquella época de transición, la enfermera destacaba como particularmente atractiva. Encarnaba, en efecto, un tipo de "mujer nueva" a la que podía amarse, que no necesitaba defenderse contra la opinión pública, que no tenía nada de masculino en ella y que no se veía conducida a formas de conducta extrañas. Sus virtudes eran las mismas que se habían admirado en las mujeres por muchos años, y las artes que desplegaban adquirían, bajo manos entrenadas, una nueva eficacia. El público las colmaba de elogios.

Era una época en que la gran red de la organización, que actualmente actúa con tanta eficacia, estaba en su etapa inicial. La nueva mujer estaba mostrando que se proponía aportar su contribución a la labor universal y servirse de la organización cual otro instrumento. Era natural que la fase siguiente de la evolución de la enfermería viera a sus diversos grupos juntándose en pequeñas unidades por motivos de amistad, de consulta y, finalmente, según veremos, de protección.

LA MEDICINA INICIA UN PERIODO REVOLUCIONARIO

Pese a la creación de las escuelas de medicina y a la labor de muchos científicos individuales, la medicina, en su práctica real, había cambiado muy poco, con todo, hasta allí. Los médicos habían dado con métodos de evitar la viruela mediante inoculación o vacuna, de eludir el escorbuto mediante el empleo de cítricos, o de curar el paludismo con el uso de quinina. Ignoraban qué es lo que tenía lugar en el cuerpo para producir los efectos observados y, aparte de algunas medidas específicas, seguían aplicando criterios medievales al diagnóstico y al tratamiento.

Sin duda, Sydenham había vuelto a orientar la atención de los médicos hacia el estudio de los síntomas y la observación de las diferencias en los cuadros de las enfermedades. La experiencia había revelado que el aislamiento de determinadas personas enfermas permitía que las personas sanas permanecieran tales. Se contaba con unos conocimientos más precisos de la anatomía y la fisiología. Se habían descrito muchas enfermedades. Algunos individuos, aquí y allá, tenían ideas de cómo podría emplearse el microscopio para examinar los tejidos, acerca de la importancia de la limpieza en materia de cirugía y obstetricia, de la higiene tanto militar como naval, o municipal e inclusive de la prevención de enfermedades, pero solamente muy pocos contaban con una base verdaderamente científica para sus creencias.

Hacia mediados del siglo XIX, el lento fermento de la ciencia empezó a manifestarse más claramente. Sus métodos precisos, al invadir el campo de la medicina, popularizaron el empleo de cierto número de instrumentos de precisión para aumentar la exactitud. *El estetoscopio, el termómetro de mercurio, el microscopio y los rayos X* cambiaron el curso total del examen y la atención médica. Después de 1860, grandes inteligencias científicas efectuaron descubrimientos que trazaron para siempre una divisoria entre el pasado y el presente en medicina y cirugía.

El camino hacia la comprensión de las causas y los medios de la transmisión de las enfermedades contagiosas fue descubierto por un químico francés, *Louis Pasteur* (1822-1895). Su concepción de las bacterias vivientes

como fuente de infección contribuyó a un cambio más rápido, en la medicina, que cualquiera conocido hasta allí. Y mediante experimentos con el cólera y el ántrax en pollos, Pasteur estableció asimismo un principio con fundamento en el cual podían producirse vacunas para emplearse en la prevención de enfermedades. *Robert Koch* (1834-1910), un médico alemán que ocupaba su tiempo libre con el microscopio, descubrió las causas de la tuberculosis y el cólera, y publicó métodos de técnica de laboratorio que permitieron a otros verificar sus trabajos.

La cirugía era un campo que brindaba al bacteriólogo posibilidades espectaculares. En efecto, los gérmenes que el laboratorio iba descubriendo tenían un fácil acceso al cuerpo, porque se ponía poco cuidado en el tratamiento de las heridas para mantenerlos alejados. *Lord Joseph Lister* (1827-1912), otro contemporáneo de Pasteur, empezó a descubrir medios de destruir los gérmenes mientras estaban todavía en las manos, los instrumentos y los vendajes que entraban en contacto con los tejidos lesionados. Su método consistía en el empleo de antisépticos, y su elección recayó en el ácido fénico. Su éxito señala el principio del procedimiento quirúrgico científico y del procedimiento preventivo empleado actualmente en las salas de operaciones, pese a que la asepsia haya suprimido la antisepsia casi por completo.

El tratamiento de las enfermedades fue experimentando una rápida revolución a medida que los individuos fueron conociendo las causas de las enfermedades y cooperaron en el descubrimiento de medios para erradicarlas. Después de 1880 se fueron descubriendo los gérmenes de muchas enfermedades infecciosas, según principios formulados por Koch. Alrededor de 1894, *Emil von Behring* introdujo un nuevo principio, esto es, el de servirse de suero de animales inmunizados para prevenir la difteria. El año 1898, *Pierre Curie* y su esposa, *Marie Curie*, aislaron el elemento radio aplicado actualmente al tratamiento de ciertos tipos de cáncer. Fue el espíritu ético de la verdadera ciencia el que movió a sus descubridores a poner el radio al servicio de la humanidad. No fue culpa suya el accidente del monopolio comercial que obstaculizó la interpretación de dicho espíritu y elevó el precio del radio demasiado para su empleo común.

Poco después de 1900, se demostró que la fiebre amarilla era transmitida por una especie de mosquito y que la mosca doméstica común es una fuente de muchos peligros. Era lógico investigar a continuación las posibilidades de transferencia de otros insectos, de modo que actualmente es posible combatir inclusive el tifus transmitido por el piojo común que, en su día, fue el causante de una serie de epidemias a través de siglos de la historia europea. En 1910 se consiguió la cura de la sífilis con el empleo de arsfenamina, introducida por *Paul Ehrlich*. Y esto no es más que una pequeña parte de la contribución de la ciencia al progreso de la medicina. Son muchos, muchísimos los individuos que han dedicado sus vidas a desarrollar los recursos de aquélla, tanto ofensivos como defensivos, al servicio de la humanidad.

Era indicado que el pueblo de Francia suscribiera a la fundación, en 1888, de un instituto para la investigación en la aplicación de métodos preventivos en el control de las enfermedades contagiosas. Louis Pasteur fue nombrado director del *Instituto Pasteur*, y miles de casos de rabia, por no hablar más que de ésta, han sido prevenidos a través de este centro, desde el cual los conocimientos médicos científicos irradian a todo el mundo.

En 1901, el millonario John D. Rockefeller dio a América una institución correspondiente, de importancia internacional significativa. *Simon Flexner*, eminente en el campo de la bacteriología y la patología, pudo reunir a su alrededor, en calidad de director de dicho *Rockefeller Institute for Medical Research*, a hombres cuyos nombres son famosos en los anales de la ciencia médica. Los conocimientos y la protección frente a las enfermedades contagiosas hicieron nuevos progresos. Aquí, por ejemplo, *Alexis Carrel* encontró

oportunidad de practicar estudios sobre el cáncer y de desarrollar la histología. Otras inteligencias preclaras han contribuido a despejar algo de la obscuridad que rodeaba a otras enfermedades infecciosas o han contribuido a la mejora de los métodos de laboratorio.

Con objeto de mantener el paso con el cambio repentino en el ritmo de los acontecimientos médicos, tanto Europa como América han debido incremen-

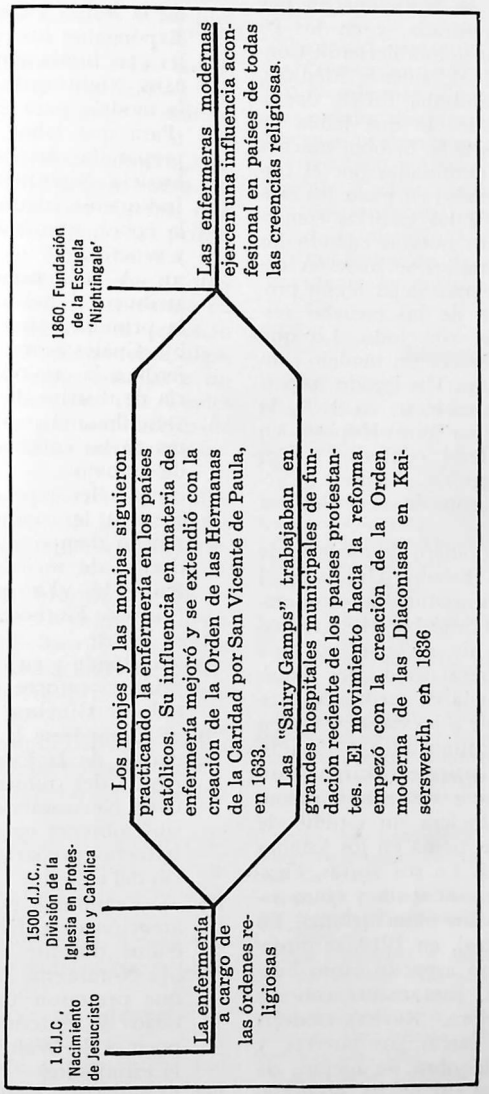


FIG. 57. Esquema General Mundial de la Enfermería.

tar los servicios de enseñanza para los estudiantes de medicina. Se efectuaron intentos de reforma de las escuelas, introduciendo mayores requisitos para la enseñanza y requiriendo una mejor preparación de los estudiantes deseosos de ingresar en ellas. Alrededor de 1870, el reconocimiento público del problema se consiguió en Norteamérica por la medicina organizada, y en los 20 años consecutivos se establecieron Consejos Estatales de Exámenes Médicos. Sin embargo, resultaba difícil dar a entender al público lo que había de ser una buena escuela. Si bien muchas de éstas fueron eliminadas por el fracaso de sus graduados en pasar los exámenes estatales, y las escuelas comerciales cerraron sus puertas cuando los requisitos aumentados se hicieron demasiado costosos para dejar algún provecho, la mejora de las escuelas restantes fue lento, con todo. Lo que parecía necesitarse era un modelo concreto al que imitar. Un legado importante permitió establecer, en 1893, la Escuela de Medicina Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland, conforme a normas dignas de seguirse. Algunas escuelas se reorganizaron de acuerdo con este patrón.

Para 1908, el número de escuelas de medicina en los Estados Unidos y el Canadá se había reducido considerablemente, y se decidió hacerlas graduadas, con objeto de disponer de una base que permitiera decidir los requisitos de una escuela de medicina satisfactoria y permitir a las escuelas ver en qué medida cumplían estos requisitos. La Fundación Carnegie encargó a un educador, *Abraham Flexner,* hermano de Simon, que hiciera un estudio de las escuelas de medicina en los Estados Unidos y Canadá. En sus visitas, Flexner visitó ciento cincuenta y cinco escuelas, anotando sus observaciones. En un informe general, en 1910, se pusieron al descubierto aspectos tanto buenos como malos, juntamente con sugestiones de mejora. Muchas escuelas no tardaron en cerrar sus puertas, y desde entonces la obra de mejora de las escuelas de medicina ha progresado, habiéndose dado un gran paso hacia adelante en cuanto a la coordinación de la escuela y el hospital en el programa didáctico.

Sugestiones para estudio

1) a) ¿Dónde, cuándo y por quién fue establecida la enfermería moderna? b) ¿Cómo estuvo financiada la nueva escuela?
2) Expónganse los principios generales con fundamento en los cuales Miss Nightingale creó esta escuela modelo para enfermeras.
3) ¿Para qué labor especial estaban preparadas las enfermeras de la Escuela Nightingale?
4) Indíquense algunos prejuicios de la época, que hubo que combatir y superar.
5) a) ¿A cuál personaje bíblico se atribuye el mérito de haber sido la primera enfermera de distrito? b) ¿Cuáles acontecimientos condujeron a la creación de la enfermería de distrito de la era moderna?
6) Descríbase el comienzo de la reforma en las enfermerías de las casas de trabajo.
7) a) ¿Cuáles experiencias de Henri Dunant le condujeron a dedicar mucho tiempo y energía a la fundación de sociedades de la Cruz Roja? b) ¿En qué forma le influenció Florence Nightingale en su labor?
8) ¿En dónde y en qué año firmaron primero catorce naciones el Tratado de Ginebra?
9) a) Compárese la fecha de la fundación de la Escuela Nightingale con la del comienzo de la Guerra Civil Norteamericana. b) ¿Era posible obtener en dicho tiempo enfermeras preparadas para el servicio del ejército?
10) a) Examínese el problema de la atención de enfermería de los soldados durante la Guerra Civil. b) Nómbrense algunas personas que prestaron un servicio voluntario de enfermería. c) ¿Cuáles poemas de Walt Whitman conoce la estudiante?
11) Compárense las actividades de la Comisión Sanitaria de la Guerra Civil con las de una sociedad nacional de la Cruz Roja.
12) a) ¿Cuáles influencias condujeron a la fundación de la Cruz Roja Nacional Norteamericana? b) ¿Quién es actualmente su presidente?
13) a) ¿Por qué estaban las mujeres de América inquietas después de la Guerra Civil? b) Nómbrense algunos de los servicios a los que se dedicaron.
14) ¿A quién se considera como la primera enfermera profesional de Norteamérica, y dónde y cuándo se graduó?
15) Nómbrense algunas mujeres, no enfermeras Nightingale, pero familiarizadas con este sistema, que fueron útiles fundando las primeras escuelas en Norteamérica.
16) a) ¿Cuál "trío de escuelas de preparación profesional" se fundó en 1873 de acuerdo con el proyecto Nightingale? b) Nómbrense algunas de las primeras escuelas e indíquese su situación. c) ¿Cuáles datos posee la estudiante acerca de la fundación de su escuela de enfermería?
17) Indíquense algunos de los problemas principales de las primeras escuelas de enfermería en Norteamérica.
18) Examínese la historia de lo siguiente: a) De los primeros cursos preliminares de instrucción; b) De las primeras afiliaciones de enfermería; c) De los primeros libros de texto.
19) Señálese el paso del Sistema Nightingale para la preparación de enfermeras de Inglaterra a otros países.
20) Hágase un esbozo de algunas de las precursoras en materia de enfermería, indicando sus escuelas y sus actividades.
21) ¿Cuándo, dónde y por quién fue introducida la enfermería pública en Norteamérica?
22) ¿En qué difiere la enfermera de distrito de la sanitaria?
23) a) ¿En dónde y por quién fue llevado el primer uniforme de enfermera en Norteamérica? b) Expónganse las ventajas y los inconvenientes del uniforme.
24) a) ¿Cuáles eran los requisitos de admisión en las escuelas de enfermería a fines del siglo XIX? b) ¿En qué momento ingresaban las nuevas estudiantes y cuál era la duración del curso?
25) a) Descríbase la "nueva enfermera" de la época. b) ¿Concordaba con el concepto popular de la "nueva mujer"?
26) Nómbrense algunas dependencias sociales distintas de la enfermería que progresaron rápidamente entre 1860 y 1893.
27) a) ¿Cuáles cambios revolucionarios tuvieron lugar en la práctica de la medicina? b) Explíquese cómo hubieron de afectar necesariamente la práctica de la enfermería.

Bibliografía

Alcott, Louisa M.: Hospital Sketches. Cambridge, Mass., University Press, 1869.

Austin, Anne L.: History of Nursing Source Book. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1957, Caps. 7, 9 y Apéndice.

Baker, Nina Brown: Cyclone in Calico. (Mother Bickerdyke). Boston, Mass., Little Brown y Co., 1952.

Baker, Rachel: The First Woman Doctor (Elizabeth Blackwell). Nueva York, Julian Messner, Inc., 1944.

Baker, Rachel: America's First Trained Nurse, Linda Richards. Nueva York, Julian Messner, Inc., 1959.

Boardman, Mabel T.: Under the Red Cross Flag at Home and Abroad. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1915.

Breckinride, Mary: Wide Neighborhoods: A Study of the Frontier Nursing Service. Nueva York, Harper and Brothers, 1952.

Bullough and Bullough: The Emergence of Modern Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1964.

Cooke, Sir Edward: A Short Life of Florence Nightingale. Nueva York, The Macmillan Co., 1925.

Cope, Sir Zachary: Florence Nightingale and the Doctors. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1958.

Dock y Stewart: A Short History og Nursing, 4a. edición. Nueva York y Londres, G. P. Putnam's Sons, 1938.

Dolan, Josephine A.: Goodnow's History of Nursing, 11a. edición. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1963.

Dubos, Rene J.: Louis Pasteur.: Free Lance of Science. Boston, Little Brown and Co., 1950.

Dunant, Henri: "Un Souvenir de Solferino", translated from the French por Mrs. David H. Wright, The Origin of the Red Cross. Philadelphia, The John C. Winston Co., 1911.

Epler, Percy H.: Life of Clara Barton. Nueva York, The Macmillan Co., 1927.

Frank, Sister Charles Marie: The Development of Modern Nursing. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1959.

Griffin and Griffin: Jensen's History and Trends of Profesional Nursing, 5a. edición. St. Louis, The C. V. Mosby Co., 1965.

Gumpert, Martin: Dunant: The Story of the Red Cross. Nueva York, Oxford University Press, 1938.

Jones, Katherine M.: Heroines of Dixie: Confederate Women Tell Their Story of the War. Nueva York, Bobbs-Merrill Co., 1955.

Kelly, Cordelia W.: Dimensions of Professional Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1962.

Nightingale, Florence: Florence Nightingale to Her Nurses. Londres, The Macmillan Co., 1914.

Nightingale, Florence: Notes on Nursing. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1946.

Nutting y Dock: A History of Nursing. Nueva York y Londres, G. P. Putnam's Sons, 1907, Vol. IV.

Pavey, Agnes: The Story of the Growth of Nursing. Phil., J. B. Lippincott Co., 1953.

Richards, Linda: Reminiscences of Linda Richards. Boston, Whitcomb & Barrows, 1924.

Sellew y Ebel: A History of Nursing, 3ra. edición. St. Louis, The C. V. Mosby Co., 1955.

Seymer, Lucy Ridgely: A General History of Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1957.

Seymer, Lucy Ridgley: Florence Nightingale. Nueva York, The Macmillan Co., 1951.

Seymer, Lucy Ridgley: Selected Writings of Florence Nightingale. Nueva York, The Macmillan Co., 1954.

Stewart y Austin: A History of Nursing from Ancient to Modern Times. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1962.

Trattner, Ernest R.: Architects of Ideas (Louis Pasteur y Otros). Nueva York, Carrick & Evans, Inc., 1938.

Woodham-Smith, Cecil: Florence Nightingale. Nueva York. McGraw-Hill Book Co., 1951.

Woolsey, Abby Howland: A Century of Nursing (1876, reporte editado por el N. L. N. E.) Nueva York, McGraw-Hill Book Co., 1951.

Capítulo 11

LAS PRIMERAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERIA Y TRES GUERRAS

DURANTE la última parte del siglo XIX una tendencia prolongada manifiesta de retraerse la sociedad nuevamente en pequeñas unidades mostró una rapidez creciente. Un mundo en expansión y cada vez más poblado imponía el agrupamiento de los que tenían intereses en común. Si bien siempre había habido *clubes,* inclusive para las mujeres, el club como movimiento social empezó ahora. Fueron surgiendo toda clase de entidades organizadas —industriales, profesionales, sociales—, dedicadas muchas de ellas a levantar a aquellos que la industria había atropellado.

Después de la Guerra Civil, las mujeres de los Estados Unidos anhelaban procurarse mayores oportunidades de preparación profesional, de empleos en la industria y el comercio, y de una mayor igualdad con el hombre. Inclusive antes de la guerra ya habían descubierto la relación entre la fuerza del voto y el progreso y, para 1865, el sufragio femenino era objeto de un movimiento nacional. En 1889, la fuerza de los clubes de mujeres diseminados por la nación se consolidó en una *Federación General de Clubes Femeninos.* Como es lógico, la joven profesión de la enfermería había de verse influenciada por estas tendencias hacia el agrupamiento que afectaba también a otras naciones, lo mismo que a los Estados Unidos.

ORGANIZACIONES DE ENFERMERIA DE INGLATERRA

La necesidad de una acción concertada entre las enfermeras se hizo sentir primero que en otra parte alguna en Inglaterra. En Norteamérica, en cambio, las escuelas se iban creando independientemente una de otra, y no se percibía entre ellas otro vínculo que el del propósito común de establecer un plan Nightingale para proporcionar un tipo mejor de enfermera a los enfermos. No se había establecido diferencia legal alguna entre las enfermeras antigua y nueva. Fue *Mrs. Bedford Fenwick* la que en 1887 propuso una asociación de enfermeras graduadas. El objeto de esta *Royal British Nurses' Association* era el de juntar a todas las enfermeras graduadas para la protección de sus intereses comunes, promover medidas para la mejora de la preparación profesional y, finalmente, conseguir el registro oficial de todas las graduadas de las escuelas de enfermería cual profesionales instruidas y competentes, con una preparación concreta y oficialmente reconocida.

En menos de un decenio, un grupo de enfermeras que se oponía a este *movimiento en vista del registro* anuló los esfuerzos encaminados a conseguirlo. Miss Nightingale apoyaba este grupo. Para ella, la enfermería era una vocación y no debía reglamentarse por la ley. En 1894, se creó el *Matrons' Council of Great Britain and Ireland* con

Isla Stewart como primera presidente. En 1904 se organizó el *National Council of Nurses of Great Britain* con objeto de fomentar la unidad entre grupos dispersos de graduadas de escuelas y de preparar la adhesión al Consejo Internacional de Enfermeras. La Sra. Bedford Fenwick fue la primera presidente y la animadora principal de la nueva organización, que más adelante había de conocerse con el nombre de *National Council of Nurses of Great Britain and Northern Ireland.*

NUEVAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

Del otro lado del Atlántico podían observarse tendencias análogas hacia la agrupación de las enfermeras. Las escuelas individuales interpretaban, cada una a su manera, la estructura general del plan Nightingale y conferían variedad considerable a los elementos constitutivos de la carrera de la enfermería. Isabel Hampton (Robb), al tratar de elaborar un plan de estudios modelo para una escuela modelo, se había encontrado con dificultades provenientes de la falta de uniformidad en la concepción de la enfermería entre las enfermeras jefes que iban a verla desde las diversas escuelas. Para algunas como ella, la necesidad de un movimiento hacia la semejanza de los cursos de instrucción para enfermeras era obvia.

La organización más temprana de las enfermeras del Nuevo Mundo adoptó la forma de la *asociación de alumnas,* que resultaba de la simple necesidad de compañerismo. Si al dejar su escuela la alumna graduada se hacía cargo de otra escuela profesional, ya fuera en Canadá o en los Estados Unidos, era probable que se fuera lejos y hubiera de trabajar sola. Y si se hacía enfermera domiciliaria, inclusive en la misma ciudad de su escuela, no había vínculo alguno que la uniera a asociaciones antiguas y agradables. Era independiente y estaba sola. En 1888, la Escuela de formación profesional del Hospital de Mujeres de Philadelphia creó una asociación de alumnas. Bellevue siguió en 1889; la Escuela profesional de Illinois del Hospital del Condado de Cook, en Chicago, en 1891; Johns Hopkins en 1892, el Hospital General de Massachusetts en 1895, y el Hospital de la Ciudad de Boston en 1896.

Aproximadamente en este momento ocurrió un acontecimiento de trascendencia internacional que es el que había de acabar por cimentar a las enfermeras tituladas de ambos hemisferios en una unión profesional. Es el caso, en efecto, que la colonización se había ido desplazando hacia Occidente y, para celebrar su sorprendente desarrollo, la ciudad de Chicago se propuso celebrar una Exposición Internacional. Esto ocurrió en 1893 y, en forma significativa, entre los edificios de aquélla había de figurar un Edificio de la Mujer. Entre los elementos expuestos en este edificio había de haber uno a cargo de las enfermeras de Inglaterra bajo la dirección de la Sra. Bedford Fenwick. Por supuesto, ésta tenía interés en conocer a otras enfermeras dondequiera que se encontraran y se daba perfecta cuenta, también, de que era probable que las dificultades que habían conducido a la organización en Inglaterra existieran también en otros países.

La Sra. Fenwick sugirió a las autoridades de la Exposición que en el Edificio de la Mujer se proveyera un local donde pudieran reunirse las enfermeras americanas. Combinó también su viaje de tal manera que pasara por Baltimore, para conocer a Isabel Hampton en el Hospital Johns Hopkins. El resultado fue que se dispuso en la exposición una sección de enfermería en conexión con una reunión de grupo de personas interesadas en los hospitales y dispensarios. Dieciocho superintendentes de escuelas especializadas se reunieron para examinar en común sus problemas, nombrándose presidente de la sección a Miss Hampton. Los hechos expuestos revelaron la necesidad de un esfuerzo conjunto para mantener el nivel del trabajo en las escuelas profesionales lo más uniformemente alto posible. Para este fin se hacía indispensable contar con un curso fijo concreto de instrucción elaborado por educadores para todas las escuelas. Con este propósito se acordó convocar una reunión particular de superintendentes, en la que se adoptaron las primeras medidas en vista de la organización nombrándose un comité encargado de redactar los estatutos. La *American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses of the United States and Canada* vio la luz el año 1894. Inicialmente sólo se admitió a las jefes de escuelas de grandes hospitales, pero más adelante la reglamentación se hizo más liberal.

En 1897, el movimiento de la organización consolidadora alcanzó las asociaciones de alumnas, y bajo la dirección de Sophia Palmer y de Isabel Hampton Robb aquéllas se unieron en la *Nurses' Associated Alumnae of the United States and Canada.* También este grupo excluía a las graduadas de hospitales pequeños o especiales, pero comprendió luego que su labor sería más eficaz si abarcaba un campo más extenso. Las enfermeras de los dos países actuaron juntas, hasta que se produjeron complicaciones legales, a continuación de lo cual las canadienses se retiraron para formar su propia asociación.

El año 1908 señala la formación de una *Asociación Nacional de Enfermeras Graduadas de Raza Negra,* organización separada de las Alumnas de Enfermería Asociadas de los Estados Unidos a demanda de un grupo de enfermeras que consideraban que trabajando solas podrían servir mejor la causa de la enfermería y sus propios intereses. Estos diversos grupos de mujeres asumieron la misión de formar enfermeras competentes para proteger al público de las que no lo eran, y señalan los comienzos de un establecimiento de normas que pudieran servir para la distinción legal entre unas y otras.

EL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

Las enfermeras de Inglaterra, Canadá y Estados Unidos alcanzaban ahora un punto de vista nacional de sus asuntos. Finlandia, Australia y Dinamarca alcanzaban en 1898 el mismo resultado a través de sus propios consejos nacionales. Holanda e Irlanda siguieron en 1900, Alemania en 1903, y Nueva Zelandia, China y Cuba en 1909. Las asociaciones nacionales de Suecia e India se organizaron en 1910, la de Noruega en 1912, y la del Africa del Sur en 1914. La evolución de las ideas relativas a la organización progresó en el seno del movimiento femenino y le ayudó a conseguir un ideal más amplio todavía. En efecto, las mujeres de diversos países se habían reunido ya como miembros de los consejos nacionales de sus numerosos clubes y asociaciones y se habían puesto de acuerdo para constituir un *Consejo Internacional de Mujeres.* Sus delegadas regresaban a sus respectivos países llevando noticias de los progresos de la mujer en muchas regiones del mundo.

En 1899, este Consejo Internacional de la Mujer celebró una reunión en Londres a la que asistieron enfermeras de diversos países. La Sra. Bedford Fenwick fue una de las que comprendieron las ventajas para la enfermería de una organización internacional similar y presentó la idea inmediatamente al Consejo de Matronas de Inglaterra. Representantes de los países en los que las enfermeras estaban organizadas formaron un comité ejecutivo para elaborar un proyecto de creación de un *Consejo Internacional de Enfermeras.* Antes de terminar el año 1899, lo tuvieron listo, siendo el propósito declarado el de establecer y mantener normas elevadas del servicio de enfermería, de la enseñanza de la enfermería y de la ética profesional en todo el mundo.

Dos años después, el Consejo Internacional de Enfermeras se reunió por primera vez en ocasión de la Exposición Internacional de Buffalo, Nueva York, en donde se aprobaron los estatutos de fundación y se proveyeron los cargos. La *Sra. Bedford Fenwick,* de Inglaterra, fue la primera presidente electa. *Lavinia L. Dock,* de los Estados Unidos, fue la primera secretaria, y *Mary Agnes Snively,* de Canadá, la primera tesorera. La consigna había de ser "Trabajo", hasta el congreso siguiente.

Los miembros no eran todavía las asociaciones nacionales, sino las enfermeras individuales, y eso siguió siendo así hasta el segundo congreso del CIE, que tuvo lugar en Berlín en 1904. En este año, el *Consejo Nacional de Enfermeras de Inglaterra e Irlanda,* la *Asociación Alemana de Enfermeras* y las *Alumnas de Enfermería Asociadas de los Estados Unidos* formaron una afiliación. Después de esto, los miembros del Consejo fueron las asociaciones nacionales que, en 1965, era cincuenta y nueve. En el congreso de Berlín, la nueva consigna fue la palabra "Valor".

ORGANIZACIONES NACIONALES DEL CANADA

La primera organización nacional de enfermería del Canadá fue la *Canadian Society of Superintendents of Training Schools for Nurses,* fundada en 1907 por Mary Agnes Snively. Esta, que a la sazón era una figura destacada en las cuestiones de enfermería en el Canadá y ocupaba el cargo de tesorera del Consejo Internacional de Enfermeras, fue su primera presidente. Empezó a trabajar inmediatamente en vista de la creación de una asociación que representara a todas las enfermeras canadienses y estuviera en condiciones de ingresar en el CIE.

En 1908 se celebró en el instituto Lady Stanley de Ottawa una reunión de representantes de la Sociedad Canadiense de Superintendentes de Escuelas de Preparación para Enfermeras, de las asociaciones provinciales de Manitoba y Ontario, de siete asociaciones de alumnas de esta última y de algunos otros grupos locales. El resultado fue la fundación de una nueva *Asociación Nacional Canadiense de Enfermeras Profesionales,* con la que se combinaron las funciones de la Sociedad de Superintendentes anterior. Los grupos más pequeños prosiguieron sus actividades y constituyeron asociaciones provinciales que habían de convertirse en elementos constituyentes de la asociación nacional.

Un objetivo fundamental de la Asociación Nacional Canadiense de Enfermeras Profesionales alcanzó madurez cuando en 1909, veinticinco enfermeras canadienses asistieron al tercer Congreso del CIE, que se celebró en Londres, siendo admitidas las asociaciones nacionales de Canadá, Dinamarca, Finlandia y Holanda. En esta reunión figuraba en la tribuna entre los invitados de honor *Edith Cavell,* cuyo informe sobre "la Enfermería en Bélgica" dio lugar a un comentario acerca de "la forma tranquila, calmada y serena en que esta pequeña mujer de poca apariencia leyó su trabajo".[1] La *Hermana Agnes Karll,* de Alemania, fue elegida presidente. La presidente cesante dio la consigna "Vida".

Y así ha sido con todos los países en los que fue penetrando la corriente de la organización de la profesión de la enfermería y en todos los cuales hubo que superar dificultades de alguna clase. En Inglaterra especialmente, donde los médicos y los hospitales insistían en mantener su control sobre las enfermeras, la oposición fue particularmente fuerte.

[1] Citado en *Edith Cavell,* de Helen Judson, Nueva York, The Macmillan Co., 1941, p. 142.

FIG. 58. Edith Cavell en su periodo de prueba en el Hospital de Londres. Contaba entonces aproximadamente 30 años. (Cortesía de Brown Brothers.)

Conviene distinguir entre el tipo de organización profesional, en la que las enfermeras habían empezado a juntarse, del movimiento correspondiente entre los trabajadores industriales. En efecto, los sindicatos, que substituyeron los antiguos gremios, trabajan para conseguir para sus afiliados menos horas de servicio, mayor salario y condiciones de trabajo mejoradas. La organización profesional, en cambio, se esfuerza por proporcionar al público un servicio cada vez más eficaz, mejorando constantemente los métodos de preparación de las enfermeras, y por proteger al propio tiempo al público, a los médicos y las enfermeras de la invasión del campo de la enfermería por parte de personas no calificadas.

Cuando la organización profesional se ocupa de problemas de una jornada más corta de trabajo y de mejores condiciones de éste, considera estos aspectos como factores destinados a mejorar su servicio social. Y este servicio ha de depender en última instancia de la aptitud profesional de las enfermeras individuales, aptitud que no es posible conseguir sin salud, progreso profesional y aquella seguridad económica que constituye una necesidad humana básica.

Primeros periódicos y registro. En Norteamérica se sentía la necesidad de un periódico que constituyera un medio de comunicación entre los grupos diseminados de enfermeras y sirviera para exponer al público las actividades de las Alumnas Enfermeras Asociadas. El 1º de octubre de 1900 apareció el primer ejemplar del *American Journal of Nursing,* bajo la dirección de *Sophia Palmer,* graduada del Hospital General de Massachusetts y, a la sazón, superintendente del Hospital Municipal de Rochester. En 1920, Miss Palmer fue sucedida por *Mary M. Roberts,* quien mantuvo y elevó todavía el nivel del periódico, ya alto entonces, hasta en 1949, en que fue nombrada Directora Emérita. Representaban a las asociaciones de enfermeras de Inglaterra y el Canadá dos órganos oficiales, el *British Journal of Nursing,* fundado en 1888 cual primer periódico profesional de enfermería en el mundo, y *The Canadian Nurse,* fundado en 1905, con la doctora Helen MacMurchy, médico, cual primera directora. El British Journal of Nursing ha suspendido su publicación hace poco.

Los nuevos periódicos tuvieron su origen mientras las asociaciones nacionales estaban en plena batalla para proteger al público y a sí mismas frente a las enfermeras sin título. Destinaron un espacio considerable a un programa propuesto de la legislación, cuyos objetivos principales consistían en mejorar la práctica efectiva de la enfermería, mejorando los niveles de enseñanza, y elevar la enfermería a la categoría de una profesión. La oposición a esto fue inesperadamente fuerte, pese a que la *Colonia de El Cabo* (actualmente *Provincia del Cabo de Buena Esperanza),* en el *Africa del Sur, hubiera aprobado la primera ley que requería el registro profesional ya en 1891.* En todos los Estados Unidos y el Canadá, la constitución de sociedades estatales y provinciales confirió vigor y dignidad a la campaña.

El primer *Estado* que aprobó una ley de registro fue Carolina del Norte en 1903. Y la primera provincia de Canadá que la consiguió fue la de Manitoba, en 1913; pero no fue, con todo, hasta en 1919, después de una lucha designada como la "Guerra de los Treinta Años", que las enfermeras de Inglaterra consiguieron una ley que regulara su práctica. Dondequiera que se lo ha adoptado, el registro profesional ha dado resultados positivos, entre ellos los del reconocimiento oficial de las escuelas y un movimiento hacia la uniformidad de las mismas.

LAS GUERRAS DE FINES DEL SIGLO XIX

Se produjeron ahora dos guerras que habían de añadir vigor al desarrollo de la enfermería. Trajeron otro tipo de organización, esto es, el de la práctica de la enfermería por grupos, con objeto de aumentar la eficacia. En la enfermería militar, este sistema reempla-

zó ahora la antigua dependencia con respecto a la labor de las enfermeras individuales. A principios de 1898, los Estados Unidos emprendieron la Guerra Hispano-Americana, y a fines de 1899 Inglaterra empezó su guerra contra los boers del Africa del Sur. Los soldados de ambos países tuvieron mejores oportunidades de buena atención de enfermería de lo que había sido el caso en las guerras anteriores. En efecto, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja estaban listas para asistir a uno y otro ejércitos, si bien por parte de los Estados Unidos el peso de la organización estaba en el alivio en caso de calamidad pública. Los Estados Unidos, Inglaterra y el Canadá contaban con escuelas en las que se preparaba a enfermeras y a cuyo través podían conseguirse. Sin embargo, ninguno de estos países se dio cuenta cabal de su oportunidad al respecto, o del hecho de que podían obtenerse las enfermeras a través de sus asociaciones nacionales. Las enfermedades epidémicas, especialmente la fiebre tifoidea, resultaron ser el azote particular de los ejércitos, y aun uno que requería para combatirlo un número excepcionalmente grande de enfermeras.

LA GUERRA HISPANO-AMERICANA

En los primeros momentos de la Guerra Hispano-Americana, el grupo voluntario de enfermería representaba a los individuos, tanto hombres como mujeres, preparados, preparados en parte, y no preparados en absoluto. Faltaba la sistematización de su alistamiento, y se produjo una situación de apuro que hubo de atraer la atención tanto de los gobiernos como del pueblo. Este último exigía en voz alta una mejor atención de las tropas. Las Alumnas Enfermeras Asociadas de los Estados Unidos lamentaban aquella situación evitable y la hicieron objeto de examen en su reunión anual. La presidente, Mrs. Isabel Hampton Robb, sugirió que la sociedad ofreciera sus servicios al gobierno cual instrumento capaz de asegurar eficazmente la obtención de más enfermeras y más seguras. Sin embargo, cuando ella y otra persona de la dirección fueron a Washington con tal propósito, tuvieron la desagradable sorpresa de ver que el departamento de Enfermería militar estaba ya bajo la dirección de las Hijas de la Revolución Americana. Esta entidad había escogido como presidente a la doctora *Anita Newcomb McGee*, residente de Washington a la que se describe como una joven y elegante mujer médico. Estaba alistando enfermeras y estableciendo sus propias normas de selección, las cuales incluían por fortuna un certificado de graduación de una escuela para enfermeras. Y las enfermeras seleccionadas en esta forma eran puestas bajo la dirección de la Cruz Roja, que contribuía a pagar sus gastos durante el tiempo del servicio.

Varias superintendentes de las escuelas profesionales se alistaron como voluntarias para participar en la organización de la enfermería militar de campaña, entre ellas *Anna C. Maxwell*, que había obtenido permiso para ello del Hospital Presbiteriano de Nueva York. Miss Maxwell fue nombrada Enfermera en Jefe en el hospital de campaña de Chickamauga Park, Georgia, uno en que la situación de enfermería planteaba problemas muy difíciles, siendo uno de ellos, y no el menor, el hecho de que catorce de sus enfermeras contrajeron la fiebre tifoidea. Su propia descripción proporciona alguna información acerca de las causas de estas dificultades y muestra que eran comparables a aquellas con las que se encontró Miss Nightingale unos cuarenta años antes:

> "Sólo se encontró una libra de ácido fénico, el cloruro de calcio se conseguía en Chattanooga, y la ropa de cama estaba muy dañada por el uso. Las trincheras entre las tiendas y el suelo, saturado de bacilos tifóidicos, en donde estaban los cubos, fueron finalmente desinfectadas, pero no hasta después que el campamento entero hubo estado expuesto a la infección por los millones de moscas que se reunían en estos lugares." [2]

[2] Citado en *A History of Nursing*, de Nutting y Dock, 1907, vol. III, pp. 207-208. G. P. Putnam's Sons, Nueva York y Londres, editores.

LA GUERRA SUDAFRICANA

En el Africa del Sur, lo mismo que en los Estados Unidos, la guerra había puesto de manifiesto la necesidad de una enfermería militar eficaz a través de grupos de organización permanente, garantizados en cuanto al carácter, la constitución física y la experiencia, extraídos de las filas de las personas preparadas en las escuelas. La Guerra de los boers había atraído a contingentes de soldados y enfermeras canadienses que fueron a asistir al Servicio de Enfermería del Ejército Británico, organizado en 1881 como resultado de la experiencia de Crimea y de los esfuerzos de Miss Nightingale después de la guerra. Estas enfermeras voluntarias para el servicio en Sudáfrica fueron reunidas bajo la dirección de *Georgina F. Pope*. A su regreso a la patria, el gobierno canadiense las puso en una lista de Reserva en la milicia activa, y a partir de este inicio Canadá constituyó el *Servicio de Enfermería del Cuerpo Médico del Ejército Real Canadiense. Al acordar en 1904 el grado relativo de "teniente" a estas enfermeras de la primera reserva, Canadá fue el primer país que otorgó categoría militar a las mujeres.*

El hecho de conferir rango a las enfermeras había de revelarse como un acontecimiento de gran trascendencia. En efecto, en el ejército el rango es un sistema para designar la posición y la capacidad de mando de su titular. Sin él, la enfermera se clasificaba al lado del soldado raso y no poseía autoridad para dirigir su labor cuando éste servía como ordenanza en la sala del hospital. Con él, en cambio, la enfermera podía estar segura que sus instrucciones relativas a la atención de los pacientes serían seguidas no sólo por aquél sino también por los suboficiales cuyo grado era relativamente inferior al suyo.

Inglaterra se percató asimismo que no bastaba confiar en cualquier número fijo de enfermeras militares para hacer frente a las exigencias de la guerra, y reorganizó su servicio de Enfermería Militar en forma que incluyera una reserva de Cruz Roja a la que pudiera recurrirse en caso de necesidad. El nombre fue cambiado por aquel que sigue ostentando todavía actualmente, esto es, el de *Cuerpo de Enfermería del Ejército Real de la Reina Alexandra.* A partir de aquí, los Estados Unidos, Canadá e Inglaterra contaron con Cruz Roja y sus escuelas de enfermeras para proporcionar un servicio adecuado de enfermería en tiempo de guerra.

EL CUERPO DE ENFERMERAS DEL EJERCITO Y LA ARMADA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Una vez terminada la Guerra Hispano-Americana, las enfermeras destacadas del país entero empezaron a servirse de su influencia para conseguir una legislación que asegurara un servicio eficaz de enfermería militar, y aun uno que no se limitara al tiempo de guerra, sino susceptible de actuar también en tiempos de paz. Las mujeres que habían descollado en la labor de asistencia se reunieron con comités de la Sociedad Americana de Superintendentes de las Escuelas Profesionales y de las Alumnas Enfermeras Asociadas de los Estados Unidos y se nombró un comité conjunto para redactar un proyecto de ley creando un *Cuerpo de Enfermería Militar,* que se presentaría al Congreso. Después de vencer muchas dificultades, la ley fue aprobada en 1901, figurando entre sus patrocinadores principales la doctora Anita Newcomb McGee, Isabel Hampton Robb, Anna C. Maxwell y Adelaide Nutting. El éxito final se debió en gran parte a la habilidad de esta última como presidente. En 1908, siguiendo el ejemplo del Ejército, se creó un *Cuerpo de Enfermeras de la Armada.*

EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA CRUZ ROJA NORTEAMERICANA

Lo que hasta ahí se había logrado era la provisión de equipos de enfermeras para servir en el ejército y la armada en tiempos de paz, pero esto no tenía en cuenta la elasticidad necesaria para afrontar las necesidades inseparables de la guerra. Para esta época, las nuevas organizaciones de enfermeras

Fig. 59. M. Adelaide Nutting. (Cortesía de *American Journal of Nursing.)*

habían tenido ocasión de percatarse de la fuerza inherente a la labor conjunta y empezaron a trabajar en vista del ingreso en la Sociedad Nacional de la Cruz Roja, que había demostrado su eficacia como medio de alistamiento cuando se necesitaban enfermeras en mayor número.

Aproximadamente en este momento, Mrs. Robb pudo presentar a la Cruz Roja un proyecto que representaba las ideas de las asociaciones de enfermera,s y suyas, para la creación de una *sección de enfermería en el seno de la Sociedad.* Esta sección había de alistar un equipo de enfermería capaz de hacer frente a las necesidades de cualquier situación. El sistema del voluntariado había de ceder el paso a un sistema basado en salarios. Por desgracia, el proyecto parecía ser demasiado gravoso para emprenderse inmediatamente, y fue dejado de lado. Sin embargo, *Jane A. Delano,* que era entonces Superintendente del Cuerpo de Enfermeras del Ejército, se reveló como una valiosa coordinadora de éste, la enfermería y los intereses de la Cruz Roja, al decidir en 1909 dedicarse por completo a la labor de la Sociedad.

Miss Delano sirvió sin salario hasta el momento de su muerte, en Francia, al final de la Primera Guerra Mundial. Bajo su administración competente, el *Servicio de Enfermería de la Cruz Roja Americana* se fue desarrollando paso a paso y en armonía íntima con las ideas de Mrs. Robb y de las Alumnas Asociadas. Aquélla expuso claramente su objetivo consistente en establecer un registro de todas las personas dispuestas a servir a su patria en tiempos de guerra u otra calamidad. Se pondrían calificaciones para decidir la admisión, y las enfermeras admitidas seguirían ejerciendo su labor normal hasta que se las necesitara, o sea que *no estarían obligadas a prestar servicio,* y cuando lo hicieran en la Cruz Roja se les pagaría un salario.

Este método de mantener una lista de personal capaz de hacer frente a cualquier contingencia estuvo en vigor hasta muy adelante en la Segunda Guerra Mundial, en que la función del reclutamiento y el mantenimiento de un Cuerpo de Enfermeras de Reserva fue asumido por cada uno de los servicios de enfermería federales. La Cruz Roja sigue enrolando enfermeras, pero es ahora para servicio en la Cruz Roja misma.

LA ENSEÑANZA GRADUADA PARA ENFERMERAS

Una oportunidad temprana de demostrar tanto la eficacia de su organización como su calidad profesional se presentó para las enfermeras de Norteamérica aproximadamente en la época de la Guerra Hispano-Americana. En efecto, existía un descontento creciente acerca del carácter accidental de la enseñanza de la enfermería. Por lo visto, sólo se habían hecho dos intentos de enlazar la escuela de enfermería con una institución de enseñanza superior. En Escocia, el arreglo de Mrs. Strong con una escuela superior, en 1893, fue solamente para un curso preliminar. Aproximadamente al mismo

tiempo, la Universidad de Texas estableció un hospital de universidad, con la escuela de enfermería como parte del departamento médico, si bien no sobre una base estrictamente universitaria. Estos cursos de escuela superior sólo tenían por objeto satisfacer las necesidades de las enfermeras estudiantes.

En 1898, la Sociedad Americana de Superintendentes de Escuelas Profesionales para Enfermeras decidió que la solución del problema dependía de una instrucción graduada para aquellas enfermeras que tenían a su cargo la enseñanza de estudiantes en las escuelas de los hospitales. Un Comité, del que la Sra. Robb era presidente y la Srita. Nutting uno de los miembros, encontró que podía hacerse un arreglo favorable para la instrucción de la enfermera graduada con la nueva Escuela Superior de Maestros de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York. Aquí se admitiría a enfermeras graduadas selecionadas a cursos regulares de psicología, ciencias y economía doméstica, en tanto que los cursos que versaban sobre la escuela de enfermería y la labor en el hospital serían sufragados por la Sociedad de Superintendentes. Se dio este paso y, en 1899, se ofreció un curso de *economía del hospital.* La Sra. Robb, la Srita. Nutting y una aventajada joven graduada del Hospital de Nueva York, *Annie W. Goodrich,* y otras más daban conferencias sobre temas especiales, a menudo sin remuneración alguna. Formaron la primera clase dos estudiantes.

Fig. 69. Lillian D. Wald.

En 1907 la Srita. Nutting renunció al cargo de superintendente de enfermeras en la Escuela del Hospital Johns Hopkins, para dedicar todo su tiempo al desarrollo de esta primera escuela de enfermeras graduadas. La Escuela Superior la honró con el título de profesora, que es el primero ostentado en cualquier parte por una enfermera. Otras enfermeras ilustres se añadieron al personal docente, entre ellas *Lillian D. Wald,* de Henry Street Settlement, y *Clara D. Noyes,* graduada de Johns Hopkins. Para 1909, la Srita Nutting necesitó una asistente, e *Isabel M. Stewart,* una canadiense graduada del Hospital de Winnipeg y graduada también de la Escuela Superior de Maestros, fue la que ocupó el cargo. La Srita Stewart pudo arreglar cursos especiales para maestras de enfermeras, pero resultaba ya claro entonces que se necesitarían cursos para enfermeras domiciliarias, enfermeras jefes y otras especialidades que iban apareciendo en el campo de la enfermería. La asistencia financiera fue proporcionada por Mrs. Helen Hartley Jenkins, administradora de la Escuela Superior de Maestros, quien dotó generosamente al departamento.

El tiempo ha demostrado que el juicio de los miembros de la Sociedad de Superintendentes fue acertado. El factor vital en relación con la mejora de la enseñanza ha sido el educador, y los resultados de la labor efectuada en la Escuela Superior de Maestros para preparar a las educadoras en vista de sus tareas pueden apreciarse en el mundo entero. El principio consistente en proporcionar a la estudiante en la escuela de enfermería una *enseñanza* destinada a prepararla para prestar una buena atención de enfermería al público ha desplazado la importancia exagerada que se concedía anteriormente a la

FIG. 61. Isabel M. Stewart. (Foto de G. Maillard Kesslere.)

práctica. Su labor cada vez más inteligente ha mejorado la posición de las enfermeras en general y les ha proporcionado mejores oportunidades con una mayor satisfacción en su labor.

El proyecto consistente en elevar el nivel de la enseñanza en las escuelas de enfermería mediante una oportunidad colectiva no tardó en producir frutos. La Sra. Robb apenas se habría atrevido a considerar más que como un sueño la posibilidad de ver algún día a las estudiantes de enfermería aceptadas al nivel de la escuela superior y aprendiendo en clases de esta escuela. Sin embargo, ya en 1909, apenas a diez años de distancia del momento en que fue posible que las enfermeras graduadas ingresaran en la Escuela Superior de Maestros, las enfermeras que se preparaban en una escuela fueron puestas al nivel de la escuela superior. La Universidad de Minnesota fue la primera, bajo la dirección del *Dr. Richard Olding Beard,* en introducir un proyecto en cuya virtud la enseñanza de la enfermería se convirtió en una rama de la labor universitaria. En esta forma, se insistía más en los conocimientos.

Así, pues, la enfermería había realizado progresos considerables en sus primeros cincuenta años. No quedaba en modo alguno atrás de aquellos diversos esfuerzos humanitarios que tanto habían influido sobre la vida y la obra de Florence Nightingale, quien a la sazón contaba más de noventa años de edad. El 13 de agosto de 1910 falleció y, de conformidad con su propio deseo, fue enterrada en el cementerio de St. Margaret, East Wellow, cerca de su antiguo hogar de Embley Park, pese a que Inglaterra la hubiera colocado de buena gana al lado de aquellos cuya fama justifica su entierro en la Abadía de Westminster. Se han levantado monumentos en su honor en Inglaterra, en Florencia, Italia, en donde nació, y en muchos otros lugares.

Al final del banquete del primer Congreso del CIE después de la muerte de Miss Nightingale, celebrado en Colonia, Alemania, en 1912, las enfermeras del mundo propusieron cual un monumento vivo a su memoria alguna forma de enseñanza que llevara a todos los pueblos, a través de sus enfermeras, el tesoro de una enfermería cada vez mejor. En dicho momento la moción en tal sentido fue presentada por Mrs. Fenwick y apoyada por Miss Nutting, con la aclaración de que tal monumento fuera más bien de carácter pedagógico que en forma de un museo. Sin embargo, las condiciones de los años de guerra y las restricciones impuestas a los viajes por la primera guerra mundial impidieron toda acción ulterior y, hubieron de transcurrir muchos años antes de que tal monumento se convirtiera en realidad.

CAMBIOS DE ORGANIZACION

A medida que la vida de la Srita. Nightingale se acercaba a su ocaso, se estaba abriendo un periodo de nuevos desarrollos en la enfermería, y grupos de enfermeras elaboraban proyectos para elevar el nivel profesional y mejorar los métodos existentes de la práctica y la enseñanza de la enfermería. En los Estados Unidos, dos organizaciones cambiaron sus nombres y se fundó otra nueva. En efecto, en 1911, las Alumnas Enfermeras Asociadas de los Estados Unidos se convirtieron en

la *Asociación de Enfermeras Americanas,* no estando ya la admisión restringida a las alumnas. Prosiguió los esfuerzos en favor de una legislación que apoyara a la profesión.

En 1912, la Sociedad Americana de Superintendentes de las Escuelas Profesionales se convirtió en la *Liga Nacional para la Enseñanza de la Enfermería (National League of Nursing Education),* prosiguiendo su labor en vista de una forma más satisfactoria de preparación a la enfermería. Su plan de estudios para las escuelas de enfermería publicado por primera vez en 1917 bajo la dirección de Mary Adelaide Nutting, proporcionaba una nueva base para la elevación del nivel nacional.

Una organización precursora en el campo de la enfermería domiciliaria fue la *National Organization for Public Health Nursing,* creada en 1912. Su primera presidente, Lillian D. Wald, de Henry Street Settlement, era ya conocida por su interés en la salubridad pública y el mejoramiento social. Bajo su dirección, la nueva asociación emprendió ante todo la tarea de atraer a sus filas un número creciente de personas que reunieran las condiciones para un nuevo tipo de enfermería. Introdujo cursos especiales para salubridad pública, estableció normas y estimuló el interés de grupo por este campo en rápida expansión.

En 1924, el nombre de la Asociación Nacional Canadiense de Enfermeras Tituladas se cambió en el de *Canadian Nurses' Association* (Asociación de Enfermeras Canadienses). Esta organización, sola en Canadá, siguió llevando a cabo actividades, a través de sus diversos comités nacionales, correspondientes a las de tres organizaciones de los Estados Unidos.

LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL (1914-1918)

La primera guerra mundial estalló en 1914, cuando Austria declaró la guerra a Serbia, Alemania invadió Bélgica, y Francia e Inglatera se vieron envueltas en el conflicto. Los países en guerra no tardaron en experimentar la falta de médicos y enfermeras, medicamentos y otros elementos de alivio de los heridos. La Cruz Roja de Norteamérica, neutral todavía al principio, respondió organizando unidades de médicos, enfermeras y otros elementos de asistencia social para enviarlos a cada uno de los países beligerantes. Hasta que la inminencia de la entrada de los Estados Unidos en la guerra hizo que se les llamara, los hombres y las mujeres de estas unidades hicieron mucho para poner de manifiesto el espíritu de la Cruz Roja, trabajando en medio del fuego y los obuses de una gran guerra.

Los servicios de enfermería británicos. Al principio de la guerra, se prepararon tres grupos de enfermería para hacer frente a las necesidades más apremiantes. El *Cuerpo de Enfermería del Ejército Real de la Reina Alexandra* ofreció sus miles de enfermeras para la atención de los soldados heridos y enfermos. *Dame Ethel Hope Beecher* sirvió como matrona en jefe, estando su cuartel general en contacto directo con el Ministerio Británico de la Guerra. Y el *Servicio de Enfermería de la Marina Real de la Reina Alexandra,* reducido al principio de la guerra, no tardó en ampliarse. Con objeto de proporcionar atención de enfermería a la *Real Fuerza Aérea,* de creación reciente, se organizó el *Servicio de Enfermería de la Real Fuerza Aérea de la Princesa María,* en 1918.

Lo mismo que en todos los demás países en guerra, el servicio extranjero inglés atrajo a tantos voluntarios patriotas, que los hospitales civiles se vieron en apuros por falta de personal. Con objeto de hacer frente a la demanda insistente de más asistencia, la Cruz Roja Británica, que había proporcionado ya grandes números de enfermeras a los hospitales, emprendió ahora la organización de un *Destacamento de Auxilio Voluntario.* En todo el Imperio, legos, hombres y mujeres, siguieron los breves cursos de urgencia ofrecidos, y muchos de estos voluntarios sirvieron como enfermeros y enfermeras auxiliares en hospitales del país y fuera de éste. Otros trabajaron en dispensarios y puestos de reposo establecidos a toda prisa, refugios temporales para los soldados cansados, enfermos y heridos.

Enfermeras de Canadá, Africa del Sur, Australia y Nueva Zelandia expresaron en muchas formas sus deseos de prestar servicio. En Canadá, enfermeras del Servicio de Enfermería del Cuerpo Médico del Ejército Permanente fueron puestas por segunda vez bajo la dirección de la Matrona Georgina F. Pope, que se había hecho famosa durante la Guerra del Africa del Sur. Matrona Pope fue destacada a los hospitales militares canadienses, primero en Inglaterra y luego en Francia. Su salud deficiente la obligó a regresar al Canadá, después de poco más de un año de servicio. La vacante creada por su retiro fue llenada competentemente por la *Hermana Enfermera Margaret Macdonald.*

Edith Cavell. Constituyó indudablemente una inspiración para muchos voluntarios *Edith Cavell,* cuya muerte prematura en 1915 provocó gran emoción en un mundo trastornado. Miss Cavell, enfermera inglesa, había organizado la primera escuela para enfermeras en Bruselas, Bélgica. Aquí, a continuación de diversas batallas en sus alrededores, la escuela y el hospital ofrecían atención a soldados de todos los ejércitos. Sin embargo, los alemanes arrestaron a Miss Cavell, acusándola de complicidad en la fuga a territorio neutral de soldados aliados aptos, que habían sido separados de sus compañías y se escondían allí cerca. Edith Cavell se declaró culpable, siendo sentenciada a muerte y ejecutada al amanecer del 12 de octubre de 1915. Después de una inhumación temporal en Bélgica, su cuerpo fue devuelto a Inglaterra, en 1919, y enterrado cerca de la Catedral de Norwich, su ciudad natal. Al propio tiempo, su memoria fue honrada con emotivas ceremonias en la Abadía de Westminster.

Los servicios de enfermería americanos. La repentina entrada de América en la guerra, el 6 de abril de 1917, tomó de sorpresa a muchas dependencias gubernamentales, pero el Servicio de Enfermería de la Cruz Roja había alistado, gracias a los esfuerzos de Jane Delano y sus colaboradoras, a grandes números de enfermeras seleccionadas que ahora podían traspasarse a los Cuerpos de Enfermeras del Ejército y la Marina en pleno desarrollo. Otras enfermeras competentes y expertas fueron alistadas a no tardar, y se siguió buscando y obteniendo a nuevas reclutas.

Para ayudar a la satisfacción de una demanda a largo plazo de enfermeras, se organizó en 1918 la *Escuela de Enfermería del Ejército,* con *Annie W. Goodrich* como deán. El curso que organizó comprendía tres años, con un crédito especial de nueve meses a las graduadas de la escuela superior. Los hospitales del ejército y los hospitales civiles afiliados ofrecían sus servicios para la instrucción. Se recibieron miles de solicitudes de mujeres entusiastas que deseaban aprovecharse de esta oportunidad de prestar servicio.

Fig. 62. Edith Cavell. Esta efigie de Edith Cavell, la enfermera inglesa mártir de la primera guerra mundial, forma parte del Monumento a Edith Cavell, de Trafalgar Square, Londres, donado por un pueblo agradecido. El escultor fue Sir George Frampton, R. S.

Otra oportunidad para un grupo selecto de mujeres la ofrecieron la Cruz Roja Americana y la Escuela Superior Vassar, al formarse el *Campo de Entrenamiento de Vassar.* Impartió un curso de instrucción preliminar de tres meses a 418 graduadas de escuela superior, 179 de las cuales se habían graduado en escuelas de enfermería que cooperaban.

En los hospitales civiles y en los hogares particulares la falta de las enfermeras alistadas creó un grave problema que se tradujo en un nuevo desarrollo de la instrucción sanitaria. La experiencia variada de Jane Delano la había conducido a creer que podía enseñarse a las amas de casa a preservar la salud de sus familias. Abogaba por la introducción de clases, dirigidas por enfermeras bien preparadas, en las que se enseñarían los fundamentos de la protección de la salud y la atención de enfermería a esposas y madres.

Sin embargo, este nuevo proyecto de difusión de la enseñanza de salubridad suscitó una oposición vigorosa. Una de las objeciones era la de que tales clases introducirían en la profesión a mujeres parcialmente preparadas, en tanto que otra consistía en el antiguo proverbio: "un conocimiento a medias es algo peligroso". Impertérrita, la Srita. Delano, con la ayuda de Isabel McIsaac, había vertido ya sus ideas acerca de un curso del tipo considerado en un libro de texto conocido ahora como "Texto de Enfermería Doméstica de la Cruz Roja Americana". El libro, las clases y la organización de Miss Delano se revelaron como tan eficaces, que el proporcionar clases relativas a los cuidados de los enfermos y lesionados se ha proseguido como una importante actividad de tiempos de paz de la Cruz Roja Americana.

Pese a los esfuerzos proseguidos para proporcionar enfermeras tanto a los hospitales civiles como a los del ejército, la escasez de aquéllas se hizo más pronunciada a medida que fue pasando el tiempo. Enemigos de la salud pública, como son la neumonía, el tifus —que se extendió por Serbia y Polonia— y la gripa pandémica de 1918 hicieron su aparición, cobrando cada una de estas enfermedades algunas víctimas entre los médicos y las enfermeras. La fiebre tifoidea constituyó un problema menos grave que en las guerras precedentes a causa de su control mediante la vacuna y medidas más estrictas por lo que se refiere al suministro de agua.

El 11 de noviembre de 1918 se proclamó el armisticio y la lucha cesó, pero seguían los males de la guerra y se planteaban nuevos problemas. Entre las filas de los combatientes, había que cuidar todavía de los heridos y los enfermos, transportándolos de la mejor manera posible a sus hogares. Por otra parte, una población civil europea mal nutrida y desanimada requería asimismo ayuda. Huérfanos de guerra, refugiados y multitudes de enfermos desbordaban los hospitales en los que escaseaba el personal. Finalmente, la tensión emocional combinada con la catástrofe violenta de la guerra dejó a toda Europa enferma en cuanto a la mente y el espíritu.

Fue durante este periodo que el Servicio de Enfermería de la Cruz Roja Americana perdió a su enérgica y capaz directora. En efecto, Jane Delano embarcó para Francia para efectuar una gira de inspección en los hospitales militares. Mientras estaba allí cayó enferma y, a continuación de diversas operaciones de mastoides de urgencia, esta "Enfermera de la Gran Guerra" murió en el Hospital Base de Savenay, el 15 de abril de 1919. Fue enterrada primero en Savenay, en un área de terreno separada para los soldados americanos, siendo luego su cuerpo inhumado en el Cementerio Nacional de Arlington, en Virginia.

LA ESCUELA SUPERIOR REAL DE ENFERMERIA

Mientras millares de ellas estaban prestando servicio activo en hospitales civiles y militares, las enfermeras inglesas pudieron darse cuenta en forma aguda de la necesidad de crear y organizar un cuerpo que trabajara en vista tanto de unas normas profesionales más uniformes, como para ocuparse de muchos otros problemas graves. Con este propósito se creó en 1916 la *Escuela Superior Real de Enfermería*. Se instituyó un comité para buscar el apoyo financiero en favor de la nueva institución, y la respuesta de la población inglesa fue tan generosa, que la Escuela Superior ha estado en condiciones de patrocinar más de una actividad progresista relacionada con el servicio y la enseñanza de la enfermería.

Cual medio de permitir la inspección y el reconocimiento oficial de las escuelas de enfermería, el registro obligatorio de las enfermeras se convirtió en uno de los problemas inmediatos de la Escuela Superior Real de Enfermería. Gracias a su influencia, la legislación por tanto tiempo esperada fue aprobada en 1919, más de treinta años después de la creación de la Asociación Real Británica de Enfermeras. Otros de sus resultados fueron la introducción de cursos especiales en hospitales y universidades para inspectoras de hermanas, administradoras de enfermería, comadronas, enfermeras industriales y visitadoras de salubridad.

FIG. 63. Relieve del Monumento a las Enfermeras francesas y aliadas, en Reims, Francia. Este monumento contiene el Libro de Oro, en el que están inscritos los nombres de 273 enfermeras de la Cruz Roja Americana que murieron durante la primera guerra mundial. El escultor fue Denys Puech, y el arquitecto, Charles Girault. (Cortesía de *Trained Nurse and Hospital Review*, vol. CXV, 1945.)

La Asociación de Estudiantes de Enfermería. En 1925, la Asociación de Estudiantes de Enfermería de Inglaterra fue creada por la Escuela Superior Real de Enfermería y es ahora autónoma y económicamente independiente. Su Alteza Real, la Princesa Isabel, aceptó bondadosamente ser su primera presidente y ejerció el cargo fielmente y a conciencia hasta que ascendió al trono, como Reina Isabel II, en 1952. La sucedió en el cargo Su Alteza Real la Princesa Margarita, Condesa de Snowden. Se eligen una presidente y una vice-presidente.

Con fines de estudio se concertó un intercambio de vacaciones entre la Asociación de Estudiantes de Enfermería de Inglaterra y las asociaciones de estudiantes de otros diversos países, y en 1963 se dio la bienvenida en Londres a dieciséis estudiantes de Alemania Occidental, organizándose en su honor un programa especial. La asociación recibió, asimismo, a varias estudiantes de enfermería de Dinamarca, Noruega y Suecia, y dos estudiantes inglesas del Hospital Guy de Londres hicieron una visita de estudio a los Estados Unidos durante sus vacaciones aquel mismo año.

En 1963, la Escuela Superior Real de Enfermería y el Consejo Nacional de Enfermeras de Gran Bretaña e Irlanda del Norte se fusionaron de común acuerdo en un solo organismo con el nombre de Escuela Superior Real de Enfermería y Consejo Nacional de Enfermeras del Reino Unido. El *Nursing Times*, semanario y anterior órgano oficial de la Escuela Superior Real de Enfermería representa actualmente a la asociación unificada. Su Majestad la Reina y Su Majestad la Reina Isabel, la Reina Madre, aceptaron bondadosamente ser Patronos Reales.

FIG. 64. Distintivo de la Asociación de Estudiantes de Enfermera de Inglaterra. (Cortesía de la Asociación de Estudiantes de Enfermería.)

LA RECONSTRUCCION EN LA POSGUERRA

REHABILITACION PROFESIONAL

Grandes números de hombres y mujeres, incapacitados por las actividades de la guerra, por accidente o enfermedad no estaban en condiciones de ganarse la vida. A medida que la necesidad de proporcionar asistencia se fue haciendo más y más manifiesta, se iniciaron por diversos gobiernos nacionales programas de rehabilitación profesional. En los Estados Unidos, la primera Ley de Rehabilitación entró en vigor en 1920, para procurar asistencia a las personas incapacitadas de toda clase.

Se creó una colaboración entre el gobierno federal y los Estados con el propósito de desarrollar o restablecer el mayor grado posible de capacidad de dedicarse a un trabajo remunerativo en las personas impedidas. La tarea especial de devolver a los veteranos afectados de incapacidades relacionadas con el servicio a sus legítimos lugares en la sociedad fue encomendada a la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, de nueva creación.

LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA

Profundamente percatados de la necesidad de coordinar y proseguir en

tiempo de paz la labor de las sociedades de la Cruz Roja en la Europa desgarrada por la guerra, cuarenta delegados de estas sociedades se reunieron en un suntuoso hotel de Cannes, en la Riviera francesa. Figuraban en el grupo diversas representantes de enfermeras, entre ellas Lillian D. Wald, de los Estados Unidos. El resultado de esta Conferencia de Cannes de 1919 fue la fundación de la *Liga de Sociedades de la Cruz Roja,* que representa el mayor acuerdo internacional alcanzado hasta la fecha. Desde el principio mismo recibió el apoyo moral del mundo entero.

Para llevar a cabo sus actividades, se constituyó una gran fuerza organizada que sigue al presente dirigiendo la actividad de las sociedades nacionales de la Cruz Roja, asistiendo en los campos médico y social y proporcionando rápida ayuda de urgencia allí donde se necesita. Una Sección de Salubridad, con una División de Enfermería, se formó casi inmediatamente, con una enfermera como directora de la División y un programa para proporcionar información acerca de la enfermería, promover cursos de enfermería doméstica y tratar por todos los demás medios de elevar el nivel de la enseñanza y el servicio de enfermería en el mundo entero.

CURSOS DE POSGRADUADAS EN LA ESCUELA SUPERIOR DE BEDFORD

Juntamente con otros problemas urgentes, era evidente que había que elaborar proyectos para crear cursos internacionales de posgraduadas en enfermería sanitaria. Con objeto de satisfacer a esta necesidad abrumadora de alivio de la miseria humana, la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja organizó cursos temporales, para enfermeras que habían de seleccionar sus propias sociedades de la Cruz Roja nacionales, en la Escuela Superior para Mujeres, de Bedford, Universidad de Londres. En poco tiempo se añadieron cursos de administración y de enseñanza de enfermería a los de enfermería de sanidad, y para 1933 más de doscientas enfermeras procedentes de 41 países fueron a beneficiarse de sus ventajas.

Mientras tanto, las sociedades de la Cruz Roja de la Europa Occidental y de América hacían todo lo posible para ayudar en la rehabilitación civil. Proporcionaron bolsas de estudios para la preparación de enfermeras sanitarias y ayudaron a atraer a personas jóvenes competentes al campo de la enfermería. Al propio tiempo, los periódicos diarios describían la miseria y las enfermedades civiles, que las actividades del tiempo de guerra habían contribuido a eclipsar.

LA LIGA DE LAS NACIONES

Mientras Europa se daba perfecta cuenta de los dolorosos efectos de la destrucción al por mayor y trataba de restañar las heridas de la guerra, se elaboraban proyectos destinados a asegurar una paz duradera. Gobernantes mundiales, entre los que figuraba en primer término el *Presidente Woodrow Wilson,* de los Estados Unidos, expresaban su fe en una *Liga de Naciones* que había de actuar como poder mediador entre las naciones.

En todas las cuestiones litigiosas, los miembros de la Liga habían de someterse al arbitraje y diferir las hostilidades hasta tres meses después de conseguida una decisión. Los representantes de cuarenta y dos países empezaron a trabajar en los nuevos objetivos en la primera reunión regular de Ginebra, el 15 de noviembre de 1920. Si bien muchos ciudadanos de los Estados Unidos estaban muy en favor de añadir la influencia de su país a la Liga de las Naciones, la política tradicional de América de mantenerse libre de compromisos internacionales le impidió, con todo, firmar la Carta de aquélla.

La nueva organización en favor de la paz no tardó en demostrar su eficacia evitando cierto número de conflictos. Durante cierto tiempo gozó de un prestigio considerable y trabajó con confianza creciente en otros problemas de significado social. Con el tiempo, sin embargo, la falta de medios adecuados para imponer sus decisiones debilitó su influencia grandemente.

TENDENCIAS GENERALES EN LA ENFERMERIA

La corriente general prolongada en materia de enfermería desde los comienzos de su organización formal en 1893 hasta fines de la primera guerra mundial se vio considerablemente influenciada por la rápida expansión en la creación de hospitales, con un número correspondiente de escuelas que dependían de aquéllos para su subsistencia.

Las escuelas crecieron tanto en tamaño como en número y, por razones de economía, los hospitales dependían de ellas para llevar a cabo la parte principal de la labor de enfermería. En consonancia con esta política, se fueron admitiendo números cada vez mayores de jóvenes mujeres. Al propio tiempo, la tendencia creciente hacia una selección menos cuidadosa alcanzó su punto culminante durante la urgencia del tiempo de guerra. No sólo se insistía poco en la preparación profesional, sino que, cuando menos en algunos casos, se sospechaba a las solicitantes con preparación académica de ser poco prácticas, desanimándolas, por consiguiente.

Siguiendo el ejemplo de la Universidad de Pennsylvania y los hospitales Johns Hopkins, la duración del curso se había prolongado en muchas escuelas hasta tres años, si bien la jornada de ocho horas, que se suponía que había de acompañarla, tardó más en implantarse. Con objeto de compensar deficiencias en materia de enseñanza, se habían dado cursos de posgraduadas desde 1890, pero estaban financiados y dirigidos en forma inadecuada y era poco lo que proporcionaban en materia de instrucción.

Sin embargo, ciertos desarrollos parecían prometedores. En efecto, el proyecto de un curso preliminar de instrucción introducido por Mrs. Rebecca Strong, en Glasgow, Escocia, en 1893, y por Miss Nutting en el Hospital Johns Hopkins, en 1901, se fue adoptando gradualmente en otras escuelas. El ingreso en instituciones que ofrecían experiencia de tipos que faltaban en la escuela local aumentó en número después que Isabel Hampton hubo concertado arreglos para que sus estudiantes de la Escuela Profesional de Illinois, en Chicago, se familiarizaran con la atención de pacientes particulares en el Hospital Presbiteriano de la misma ciudad. Sin embargo, muchas autoridades hospitalarias se resistían a separarse de sus estudiantes de último año en un momento en que las consideraban de la mayor utilidad para sí mismas, sin que ley alguna las obligara a hacerlo.

Para 1920, el sistema de aprendizaje en la enseñanza de las enfermeras fue objeto de una fuerte crítica. La eficacia de la enfermera misma como maestra de enfermeras se estaba poniendo de manifiesto, y la Escuela Superior de Maestros, de la Universidad de Columbia, en Nueva York, ofrecía un curso especial para prepararla para esta labor. Todos los estados, con excepción de Nevada, habían aprobado leyes decretando el registro de las enfermeras. La guerra europea, la epidemia de gripa y la confusión de la posguerra señalaban la necesidad de un pleno programa de enfermería de salubridad pública, y los preparativos de semejante programa estaban en curso.

OBJETIVOS MAS AMPLIOS EN MEDICINA

Al final de la primera guerra mundial, la profesión médica llegaba a considerar al paciente no sólo como un individuo que necesitaba asistencia, sino más bien como miembro de una familia y una comunidad a las que podían enseñarse los principios de una vida sana. Al propio tiempo, a medida que los servicios del hospital se extendían hasta el hogar con el desarrollo de la enfermería de salubridad pública, más y más familias iban buscando consejo en materia de sanidad.

El servicio social médico. En un esfuerzo para mejorar y extender los servicios del departamento de pacientes ambulantes del Hospital General de Massachusetts, en Boston, el *Dr. Richard Cabot,* trabajando primero con *Garnet Pelton* y luego con *Ida M. Cannon,* empezó una investigación de las

influencias domésticas que afectaban a sus pacientes. Entre otras cosas se descubrió que, en muchos casos, había causas de trastorno emocional que contribuían a la enfermedad. Para obtener el conocimiento de la situación total del paciente en sus relaciones con el hogar, el trabajo, la iglesia, la escuela y la comunidad, se añadió al personal del departamento de pacientes ambulantes un investigador social. *Se habían establecido así los comienzos del Servicio Social Médico,* y actualmente en muchos hospitales funciona un departamento de servicio social.

Andando el tiempo, los expertos de salubridad llegaron a reconocer en el paciente y su familia sus principales aliados en su lucha contra la mala salud y trataron, por medio de la instrucción, de conseguir su apoyo. Los departamentos de sanidad aceptaron la instrucción popular en materia de salubridad como una de sus funciones principales. Los hospitales, las clínicas y los centros de salubridad adquirieron una nueva importancia como instituciones pedagógicas, no sólo proporcionando servicios para la enseñanza de médicos, enfermeras, dietistas y otros, sino guiando también a los pacientes hacia maneras más satisfactorias de vida.

La Asociación Médica Americana. Esta asociación, integrada por la participación combinada de todas las asociaciones de condado y Estado, se remonta a 1847 y es la organización médica más grande de los Estados Unidos. Su cuartel general está en 535 North Dearborn Street, Chicago, y sus actividades se dan a conocer por medio del *Journal of the American Medical Association,* publicado semanalmente, y de convenciones nacionales. *Today's Health* ("La Salud al día"), otra de un gran número de publicaciones, proporciona información autorizada sobre temas de sanidad en lenguaje corriente. Sus artículos se reproducen a menudo en el método Braille y en idiomas extranjeros en muchas partes del mundo. A través de su ingreso en una de las asociaciones integrantes, el médico se convierte automáticamente en miembro de las asociaciones del Estado y nacional.

Diversos consejos, comités, oficinas y departamentos llevan a cabo numerosas actividades de la AMA y la ayudan a mantener una voz respetada en las cuestiones nacionales e internacionales relativas al bienestar humano. El objeto del *Council on Medical Education and Hospitals* está en elevar el nivel de la instrucción médica y reunir y propagar información acerca de las escuelas de medicina. Inspecciona, asimismo, los hospitales y lleva un registro de los que satisfacen sus normas para fines de investigación y para la introducción de internos y residentes en determinadas especialidades.

El *Council on Pharmacy and Chemistry* ("Consejo de Farmacia y Química") examina los nuevos medicamentos que aparecen en el mercado y publica un informe de sus garantías, su valor terapéutico y sus limitaciones en el *Journal of the American Medical Association,* así como en *New and Nonofficial Drugs* ("Nuevos Medicamentos y Medicamentos no oficiales"), libro que el consejo publica y revisa anualmente. Este consejo ejerce una vigorosa influencia sobre la promoción ética del empleo de agentes terapéuticos. Un *Council on Foods and Nutrition* ("Consejo de Alimentos y Nutrición"). Un *Council on Mental Health* ("Consejo de la Salud Mental), un *Council on Industrial Health* ("Consejo de Salubridad Industrial"), un *Council on National Defense* ("Consejo de Defensa Nacional") y algunos más dan lugar a otras actividades de la AMA. Un *Committee on Cosmetics* ("Comité de Cosméticos") proporciona información relativa al valor, las limitaciones y los problemas de salubridad en conexión con el empleo de preparados para mejorar el aspecto del cutis. En 1959 se constituyó un *Committee on Nursing* ("Comité de Enfermería"), y el año siguiente un Departamento de Enfermería.

Las Escuelas Superiores Americanas de Cirujanos y Médicos. Estas dos entidades, con requisitos estrictos de admisión cada una de ellas, se crearon con el propósito de asegurar normas

elevadas de las prácticas médica y quirúrgica. Con objeto de alcanzar los objetivos deseados, la Escuela Superior Americana de Cirujanos, fundada en 1913 por practicantes de los Estados Unidos y Canadá, no tardó en iniciar una campaña en favor de la reglamentación de los hospitales, programa que corrió por completo a su cargo, hasta constituirse en 1952 una Comisión Conjunta para el Registro de Hospitales.

La Sociedad Americana de Odontólogos. Esta y la primera escuela superior dental, abierta en Baltimore, tuvieron origen en 1840. Las dos pusieron de manifiesto el hecho de que la odon-

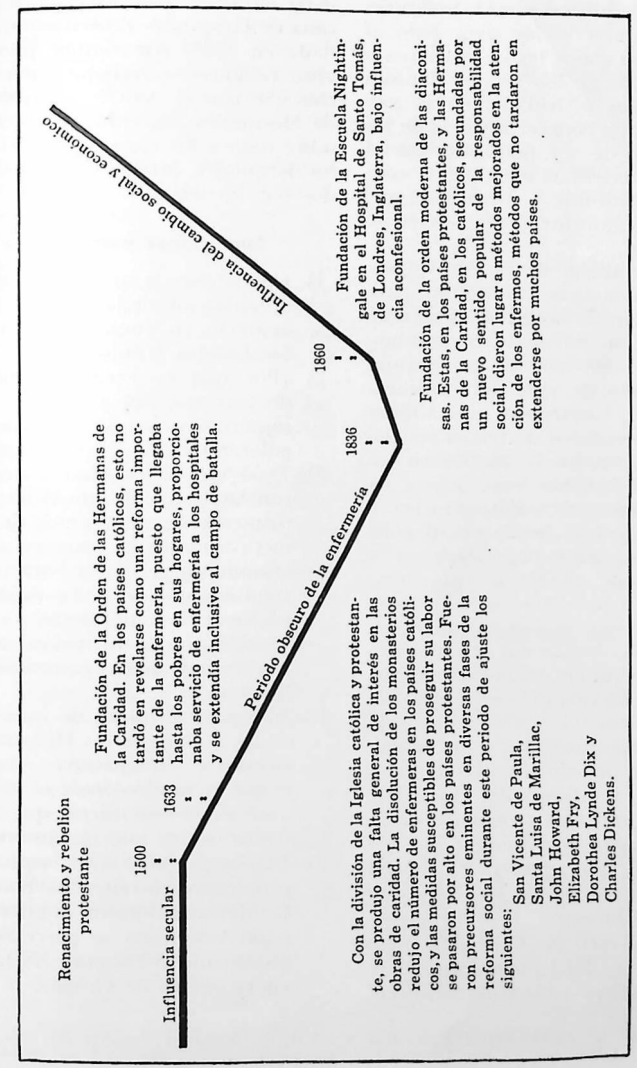


FIG. 65. La enfermería de la era moderna, 1500-.

tología estaba alcanzando el reconocimiento como ciencia y como profesión. Actualmente juega un papel en los servicios de salubridad como una especialidad médica relativa a la boca. El tema de la anestesia ha preocupado siempre mucho a los dentistas. El Dr. W. T. G. Morton, al que el éter hizo célebre, fue uno de ellos.

La Asociación Americana de Hospitales fue fundada en 1899 *para fomentar la salud pública mediante una atención hospitalaria mejor para todo el mundo*".[3] Son socios las instituciones y los ciudadanos de los Estados Unidos y Canadá. Las actividades de la asociación se dan a conocer a través de los *Hospitales* y de un periódico oficial mensual. Se celebran anualmente convenciones, institutos y cursos de repetición para administradores y jefes de departamento.

Otras actividades de la AHA comprenden la asistencia, con planos, para la construcción de hospitales, así como para el equipo, los métodos de administración y otros factores importantes desde el punto de vista del funcionamiento eficaz. Contribuye a establecer programas adecuados de relaciones públicas y asiste a los hospitales en los problemas de carácter legal que se les puedan presentar. Su influencia resulta ampliada por el hecho de su colaboración con otras organizaciones y otros grupos de salubridad que intervienen en la reglamentación de los hospitales. Mantiene una cooperación estrecha con la Asociación Psiquiátrica Americana y con las organizaciones nacionales de enfermeras, con objeto de proporcionar una atención satisfactoria a los enfermos mentales, que actualmente ocupan más de la mitad de todas las camas de los hospitales. La AHA es el cuerpo nacional progenitor de la Cruz Azul, cuyos reglamentos han de ser aprobados por aquella. Su cuartel general se encuentra en 18 East Division Street, Chicago.

En 1964, se creó un *Consejo de Enfermería de la AHA*, y el presidente entrante se refirió a las enfermeras como "este gremio de personas, que tienen el mayor contacto con nuestros pacientes, representan nuestro gasto mayor en la prestación de cuidados, tienen la gran responsabilidad de combinar sus talentos con los de nuestros médicos y han de estar disponibles todas las horas de todos los días para seguridad de los pacientes".[4]

La Asociación de Hospitales Católicos de Estados Unidos y Canadá, fundada en 1915, y la **Asociación Americana de Hospitales Protestantes**, fundadada en 1924, representan puntos de vista religiosos y trabajan en estrecho contacto con la Asociación Americana de Hospitales. Sus esfuerzos se aplican sobre todo a los intereses especiales de los hospitales fundados y administrados por las iglesias.

Sugestiones para estudio

1) Compárese la primera forma de organización de las enfermeras que apareció en Inglaterra con la de los Estados Unidos y del Canadá.
2) ¿Por qué la Feria Internacional de Chicago, del año 1893, reviste importancia en la historia de la enfermería del Nuevo Mundo?
3) Establezca la estudiante una lista, con las fechas de fundación de las primeras organizaciones de enfermeras que aparecieron en su país.
4) ¿Cuándo y gracias a cuya influencia fue fundado el Consejo Internacional de Enfermeras?
5) Establézcase la distinción entre un sindicato y una organización profesional.
6) Indíquese la razón de que los soldados de las guerras Hispano-Americana y Sudafricana estuvieran mejor atendidos desde el punto de vista de la enfermería que los soldados de las guerras anteriores.
7) Expóngase en cuáles aspectos los problemas encontrados por Anna C. Maxwell durante la guerra Hispano-Americana se parecían a los que encontró Florence Nightingale en la guerra de Crimea.

[3] Estatutos de la Asociación Hospitalaria Americana, Art. 1.

[4] *R. N. Magazine*, octubre de 1964, página veintitrés.

8) ¿Cuáles circunstancias condujeron: a) a la organización del Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los Estados Unidos; b) del Cuerpo de Enfermeras de la Armada de los Estados Unidos, y c) del Servicio de Enfermería de la Cruz Roja Americana?
9) a) ¿Cuál fue el primer país que otorgó un rango militar a las mujeres? b) ¿Otorga el país de la estudiante semejante rango?
10) ¿En cuál institución de los Estados Unidos se introdujo primero un programa para proporcionar estudio graduado a las enfermeras destinadas a ocupar cargos docentes y administrativos?
11) ¿Hasta qué punto de evolución había progresado la enfermería al fallecer Florence Nightingale?
12) Añádase a la lista de las primeras organizaciones de enfermería y nombres que adoptaron más tarde.
13) ¿En qué se diferenció la provisión de atención de enfermería durante la primera guerra mundial de la de las guerras anteriores?
14) ¿Cuál enfermera fue ejecutada durante la primera guerra mundial y por cuál razón?
15) ¿En qué formas se combatió el problema de la escasez de enfermeras para la atención de los pacientes en el hogar?
16) ¿Cuáles fueron los principales problemas a los que hubo que enfrentarse durante el periodo de reconstrucción de la posguerra?
17) ¿Cuáles dos organizaciones nuevas de importancia internacional se crearon aproximadamente en esta época?
18) ¿Qué sector de la enfermería estaba realizando grandes progresos al terminar la guerra?
19) ¿En cuál dirección se iba desplazando el esfuerzo de la medicina?
20) ¿Cuáles factores condujeron a los comienzos del servicio hospitalario social?
21) Hágase un esbozo del cuartel general y las actividades de la Asociación Médica Americana, la Escuela Superior Americana de Cirujanos, la Sociedad Americana de Odontólogos y la Asociación Americana de Hospitales.
22) ¿Quién es actualmente el presidente de la Cruz Roja Americana?
23) Sirviéndose del Directorio oficial del *American Journal of Nursing*, establézcase una lista de los nombres de las enfermeras al frente de cada uno de los servicios federales siguientes, con sus títulos y cargos respectivos: a) Servicios de Enfermería de la Cruz Roja Americana; b) Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los EE. UU.; c) del Cuerpo de Enfermeras de la Marina de los EE. UU.; d) del Cuerpo de Enfermeras de la Fuerza Aérea de los EE. UU.; e) del Servicio de Enfermería de la Administración de Veteranos de los EE. UU, y f) del Servicio de Salubridad de los EE. UU. —Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia.
24) ¿Cuáles de los servicios mencionados fueron inaugurados durante el periodo que acabamos de estudiar, y cuáles son de origen más reciente?
25) Examínense las tendencias generales proseguidas en materia de enseñanza de la enfermería, desde los principios de su organización, en 1893, hasta los comienzos del periodo de reconstrucción que se inicia aproximadamente en 1920.

Bibliografía

American Hospital Association: AHA—What It Is, What It Does. American Hospital Association: AHA in Action (pamphlets). 18 East Division St., Chicago, 1955.

American Medical Association Guide to Services (pamphlet). 535 North Dearborn St., Chicago, 1955.

Breckinridge, Mary: Wide Neighborhoods: A Story of the Frontier Nursing Service. New York, Harper y Brothers, 1952.

Cabot, Richard C.: The Goal of Social Work, Boston y Nueva York, Houghton Mifflin Co., 1927.

Cannon, Ida M.: Social Work in Hospitals. Nueva York Survery Associates, Inc., 1913.

Clarke, Ida Clyde: American Women and the World Ward. Nueva York y Londres, D. Appleton & Co., 1918.

Cushing, Harvey: The Life of Sir William Osler. Londres, Toronto, y Nueva York, Oxford University Press, 1940.

Dulles, Foster Rhea: The American Red Cross: A History. Nueva York, Harper and Brothers, 1950.

Gladwin, Mary E.: The Red Cross and Jane Arminda Delano. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1931.

Hampton, Isabel, y otros (N. L. N. E., director): Nursing of the Sick—1893. Nueva York, McGraw-Hill Book Co., 1951.

Hoeling, A. A.: A Whisper of Eternity: The Mystery of Edith Cavell. Nueva York, Thomas Yoseloff, Inc., 1957.

Judson, Helen: Edith Cavell. Nueva York, The Macmillan Co., 1941.

Kernodle, Portia B.: The Red Cross Nurse in Action. Nueva York, Harper y Brothers, 1949.

Koch, Harriet Berger: Militant Angel (Annie W. Goodrich). Nueva York, The Macmillan Co., 1951.

Munson, Helen W.: The Story of the National League of Nursing Education. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1934.

Nutting y Dock: A History of Nursing. Nueva York y Londres, G. P. Putnam's Sons, 1907-1912, Vol. III.

Pavey, Agnes: The Story of the Growth of Nursing. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1953.

Roberts, Mary M.: American Nursing—History and Interpretation. Nueva York, The Macmillan Co., 1954.

Sigerist, Dr. Henry E.: American Medicine. Nueva York, W. W. Norton & Co., Inc., 1934.

Stewart, Isabel M.: The Education of Nurses. Nueva York, The Macmillan Co., 1943.

Werminghaus, Esther A.: Annie W. Goodrich: Her Journey to Yale. Nueva York, The Macmillan Co., 1951.

Wyche, Mary Lewis: The History of Nursing in North Carolina. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1938.

Yost, Edna: American Women of Nursing. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1955.

Capítulo 12

ESTUDIOS NACIONALES DE LA ENFERMERIA Y LA MEDICINA

El nuevo objetivo de la medicina consistente en enseñar los principios de una vida sana al mayor número de ciudadanos posible planteó la cuestión de proporcionar maestros a tal objeto. ¿Estaban las enfermeras equipadas con los conocimientos científicos necesarios para dicha enseñanza, o había que dejarla a mujeres con una preparación más especializada? Las directoras de la enfermería eran del parecer que correspondía a la enfermera asumir esta nueva responsabilidad. Y aquí se les planteaba otro problema a los directores de sanidad. ¿Cómo podrían proporcionarse números adecuados de tales maestras-enfermeras? Ahora que la guerra había terminado, ninguna causa especial atraía a las jóvenes mujeres hacia la enfermería. ¿Habría que reducir los requisitos de admisión, para atraer a mayores números de aspirantes? Por cierto número de razones, las normas habían declinado ya considerablemente y, con ellas, declinaba también el interés por la enfermería. Era obvio, pues, que la reducción de las normas no proporcionaba la verdadera solución del problema.

EL ESTUDIO ROCKEFELLER (1920-1923)

Con objeto de proceder a un estudio de la forma y los medios de conseguir enfermeras sanitarias bien preparadas, la Fundación Rockefeller convocó en diciembre de 1918 una conferencia especial. Se reunieron aproximadamente cincuenta autoridades sanitarias, incluidos médicos, enfermeras y representantes de hospitales y de dependencias de salubridad y, después de mucha discusión, llegaron a la conclusión de que el curso habitual de tres años constituía una preparación inadecuada en vista de la labor sanitaria. Con el propósito de conseguir más información, los delegados nombraron un *Comité para el Estudio de la Enseñanza de Enfermería,* cuyos esfuerzos había de financiarlos la Fundación Rockefeller. Se designó presidente a *C. E. A. Winslow,* del departamento de sanidad de la Universidad de Yale, corriendo la investigación real, sin embargo, a cargo de la secretaria del grupo, *Josephine Goldmark,* bien conocida en el campo de la investigación social.

En una segunda reunión convocada por la Fundación Rockefeller aproximadamente un año después, se examinó el campo entero de la enfermería, y el Comité invitó a investigar todas las fases de la actividad de aquélla. El estudio que siguió abarcaba grupos de sanidad, la enfermería domiciliaria y veintitrés escuelas representativas conectadas a hospitales, grandes y pequeños, públicos y privados, de un territorio muy extenso. Un educador del sector de la enfermería y uno del campo de la enseñanza, expertos ambos, efectuaron estudios detallados. Los resultados del estudio, juntamente con algunas conclusiones concretas, se publicaron en 1923, en el volumen *Nurs-*

ing and Nursing Education in the United States ("La Enfermería y su Enseñanza en los EE. UU."), conocido popularmente como el "Informe Winslow-Goldmark".

El campo de la sanidad pública. Los resultados del *sector de la sanidad pública* pusieron de manifiesto la necesidad de enseñar la higiene personal en la casa. Los esfuerzos en vista de la consecución de la cooperación de los padres de los niños en edad escolar constituyeron un nuevo desarrollo derivado del descubrimiento de que mientras las enfermedades contagiosas eran relativamente raras, los defectos físicos susceptibles de prevenirse o curarse, en cambio, eran legión. Con demasiada frecuencia los niños tenían enfermedades cardiacas orgánicas, defectos de la vista o el oído, amígdalas infectadas y adenoides agrandados, o defectos de las articulaciones y los pliegues de los pies. En otras direcciones, necesitaban orientación psiquiátrica los deficientes mentales y los drogadictos. Y los índices de la mortalidad de madres y niños presentaban todavía otro reto a la competencia de la enfermera sanitaria. No cabía duda que era ella —habían de convenir finalmente los peritos sanitarios— la que contaba con la mayor oportunidad para la enseñanza sanitaria.

El campo de la enfermería domiciliaria. La investigación en el campo de la enfermería domiciliaria reveló cierto número de hechos interesantes. La enfermera empleada en esta forma sólo conocía y atendía a un paciente, y su oportunidad de enseñar principios de higiene se limitaba a éste y su familia. Al propio tiempo, algunos médicos la consideraban como demasiado experta y demasiado cara para sus pacientes. Y las enfermeras ellas mismas no se daban cuenta de la necesidad de una clase subsidiaria de trabajadora cuya preparación pudiera regirse por un sistema de graduación comparable al registro.

Era obvio, por otra parte, que la atención experta sólo se daba para las personas acomodadas y para las muy pobres. En efecto, para los ricos había los servicios de la enfermera domiciliaria y la clínica privada, y para los pobres, la enfermera visitadora y el hospital gratuito. En cuanto a los de medios modestos, se los dejaba de lado, si bien algunos proyectos de seguro para este grupo se estaban creando precisamente.

El campo de la escuela de enfermería. Un estudio de las *escuelas de enfermería* descubrió el hecho de que los cursos de instrucción habían sido objeto de escasa atención durante el período de rápida expansión. Por otra parte, muchas enfermeras en cargos de responsabilidad tenían poca preparación aparte de la del curso básico. Las estudiantes de último año eran empleadas a menudo como enfermeras jefes, o se las mantenía en servicio nocturno por mucho tiempo. Se las mandaba también a atender casos particulares, y el pago se efectuaba al hospital. Las instructoras de tiempo completo apenas se conocían. Las salas de lectura, los locales de demostración, los laboratorios y las bibliotecas eran por lo regular inadecuados. Una gran falta de uniformidad en los cursos de instrucción aumentaba la confusión general. Estos cursos se basan a menudo en las necesidades de la sala del hospital y se modificaban a menudo para hacer frente a la labor urgente en éste. Cual medio para subsanar los defectos de las tres fases estudiadas de la enfermería, las siguientes recomendaciones del Informe Winslow-Goldmark destacan en forma significativa:

1) "Que lo antes que sea posible, todas las dependencias públicas o privadas que emplean enfermeras de sanidad deberían requerir, cual requisito previo para el empleo, la preparación básica de hospital, seguida de un curso de posgraduada que comprenda tanto actividades teóricas como prácticas en materia de enfermería de salubridad.

2) Que habría que adoptar medidas a través de las legislaciones estatales para la definición y la licenciatura de un grado subsidiario de servicio de enfermería, debiendo servir la clase subsidiaria de enfermera en la atención, bajo la dirección de médicos practicantes, de enfermedades benignas y crónicas, o en la convalecencia, o pudiendo eventualmente asistir, bajo la dirección de la enfermera titulada, en ciertas fases de la enfermería de hospital o domiciliaria.

3) En todos los casos, las superintendentes, supervisoras, instructoras y enfermeras de salubridad deberían recibir un entrenamiento especial complementario, más allá del curso básico.

4) Que el desarrollo de un servicio de enfermería adecuado a la atención de los enfermos y la promoción de la campaña moderna en favor de la salubridad exige cual requisito previo indispensable la reunión de fondos para la dotación de la enseñanza de todas las clases de enfermería, y que reviste importancia capital, en esta conexión, procurar una dotación razonablemente generosa para las escuelas universitarias de Enfermería".[1]

Cual respuesta inmediata a la recomendación de que las escuelas de enfermería fueran independientes de los hospitales y estuvieran al nivel académico de la escuela superior, se crearon dos escuelas universitarias de enfermería dotadas, una en conexión con la Universidad de Yale, en New Haven, Connecticut, y la otra con la Western Reserve University, Cleveland, Ohio. La Escuela de Enfermería de Yale fue financiada por la Fundación Rockefeller cual experimento para demostrar la viabilidad de planear tanto la instrucción en el aula como la práctica en la sala, de acuerdo con las necesidades didácticas de las estudiantes. Durante el curso había que seleccionar pacientes en tipo y número adecuados a la enseñanza en cada materia especial, subrayándose los aspectos social e higiénico de la enfermería.

Annie W. Goodrich dejó su cargo de la facultad del Departamento de Instrucción de Enfermería en la Escuela Superior de Maestros, de la Universidad de Columbia, y fue directora de la escuela de Yale. Después de cinco años, el experimento se reveló como tan venturoso, que se lo convirtió en permanente, con una amplia dotación por parte de la Fundación. La escuela de la Western Reserve University, por su parte, se hizo independiente gracias a una dotación de *Frances Payne Bolton* y, con la asistencia competente de *Carolyn E. Gray* como directora, tuvo éxito asimismo. Juntamente con la Escuela de Enfermería de Yale demostró la eficacia del nivel académico universitario en el campo de la enfermería.

[1] Comité para el Estudio de la Enseñanza de Enfermería: La Enfermería y su Enseñanza en los EE. UU., 1933. Con autorización de The Macmillan Co., editores.

GRADUACION DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA (1926-1934)

Otro resultado trascendente del Estudio Rockefeller fue la propuesta de la Liga Nacional de Enseñanza de la Enfermería en el sentido de emprender un extenso estudio de la enseñanza de enfermería que condujera a la graduación efectiva de las escuelas del ramo. Se suponía que la graduación fijaría normas a las que todas las escuelas se verían obligadas de atenerse. Los resultados conseguidos en la profesión médica, después de la adopción de una práctica semejante, conferían probabilidad a aquel supuesto.

El primer paso hacia la consecución de apoyo para esta empresa se dio cuando un comité de la Liga Nacional de Enseñanza de la Enfermería se reunió con un comité de la Asociación Médica Americana para el estudio de dicha enseñanza. El resultado fue el nombramiento de un *Comité para la Graduación de las Escuelas de Enfermería,* encargado del estudio cooperativo de la práctica de la enfermería en todos sus aspectos. Las siguientes organizaciones, interesadas todas ellas vitalmente en el proyecto, eligieron representantes: la Liga Nacional de la Enseñanza de la Enfermería, la Asociación Americana de Enfermeras, la Organización Nacional para la Enfermería Sanitaria, la Asociación Médica Americana, la Escuela Superior Americana de Cirujanos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Americana de Salubridad.

Además de estos grupos, había representantes de la enseñanza universitaria y del público en general. *William Darrach,* doctor en medicina, de la Asociación Médica Americana, fue nombrado presidente del Comité, y *May Ayres Burgess,* doctora en filosofía y estadista, fue directora de la investigación. Los servicios de los miembros del comité eran voluntarios, en tanto que el costo de los extensos estudios y publicaciones se sufragaba con cargo en varias fuentes, entre las que figuraban

la AMA, la AHA, la Asociación Americana de Salubridad y tres importantes organizaciones de enfermería. La Sra. Frances Payne Bolton y la Sra. Helen Hartley Jenkins hicieron importantes aportaciones. Se recibieron donaciones de la Fundación Rockefeller y del Commonwealth Fund y tuvieron lugar además otras contribuciones especiales.

El objetivo general del Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería se definió tempranamente como "El estudio de la forma y los medios de obtener una amplia reserva de personal de enfermería, de todos los tipos y las calidades necesarias para la atención adecuada del paciente a un costo asequible para éste".[2] En 1926, se adoptó un programa de cinco años que abarcaba tres proyectos considerados como dignos de estudio en un periodo de esta clase, como sigue:

1) Oferta y demanda del servicio de enfermería.
2) Análisis de la labor de enfermería y de su enseñanza.
3) Graduación efectiva de las escuelas de enfermería.

Oferta y demanda del servicio de enfermería. Para investigación del primer problema —*la oferta y la demanda del servicio de enfermería*— se empleó el método del cuestionario. Las réplicas de hospitales, directores de salubridad, registros, pacientes, enfermeras y médicos de toda la nación formaron la base de las conclusiones. *Nurses, Patients, and Pocketbooks* ("Enfermeras, pacientes y recursos") es el título del libro publicado en 1928, en el que se expresan opiniones acerca de cuánta enfermería y cuáles de sus tipos eran necesarios, acerca de la distribución urbana y rural de las enfermeras, y en cuanto a los costos que lleva aparejada la atención satisfactoria de los pacientes.

Análisis de la enfermería y de su enseñanza. El objetivo del segundo proyecto —*un análisis de labor de enfermería y de su enseñanza*— estaba en poner de manifiesto todas las actividades que constituyen la enfermería. Semejante información habría de emplearse luego como base científica a partir de la cual podría procederse a una revisión satisfactoria del plan de estudios nacional. Los resultados de estudios efectuados por educadoras de enfermería se reunieron en forma de libro por *Ethel Johns* y *Blanche Pfefferkorn*, libro que se publicó en 1934, en *An Activity Analysis of Nursing* ("Análisis de actividad de la enfermería").

"¿En qué consiste la buena enfermería?", ésta es la pregunta que se plantea en el primer capítulo. Opiniones de pacientes, médicos, administradoras de hospital y legos de la comunidad la contestaban. En resumen, los pacientes pedían competencia, combinada con amabilidad y voluntad de adaptarse a sus situaciones particulares; los médicos postulaban competencia, seguridad en la transmisión de informes y lealtad personal. Y los hospitales, por su parte, deseaban enfermeras que satisficieran tanto a los pacientes como a los médicos, que se hicieran cargo del funcionamiento sin roces de sus respectivos departamentos e interpretaran el espíritu del hospital.

Graduación de las escuelas de enfermería. El tercer proyecto —*un estudio comparativo de las escuelas de enfermería*— invitaba a cada escuela a apreciar su propio sistema con auxilio de directrices mensuales proporcionadas por el Comité. Todas las escuelas estaban representadas por números, y a medida que la investigación avanzaba, los resultados les eran remitidos en forma impresa. Las gráficas incluidas mostraban la posición relativa de todas las escuelas en relación con una materia determinada. La posición de la escuela individual en el cuadro general se marcaba en rojo.

Los interesados descubrían a menudo que sus escuelas sobresalían en algunos aspectos, pero que se quedaban muy atrás en otros. Todas las personas vinculadas a una determinada institución, desde las enfermeras a las directoras, podían ver cómo se situaba ésta dentro del marco general de la enseñanza de enfermería americana. No sólo podían discernirse las deficiencias por comparación, sino que se brindaban nuevos incentivos para eliminarlas, y muchas escuelas adoptaron medidas inmediatas a tal objeto.

[2] *A Five-year Program for the Committee on the Grading of Nursing Schools* (folleto), p. 10.

Segunda graduación. En 1932, con objeto de apreciar lo que se había conseguido, se procedió a un *segundo autoestudio*, bajo la dirección del Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería. Esta *Segunda Graduación de las Escuelas de Enfermería* no abarcaba un campo de investigación tan amplio como la primera, pero se le dio, en cambio, una mayor publicidad. La información reunida fue satisfactoria. Diversos centenares de las escuelas más deficientes habían cerrado sus puertas. Las otras, en cambio, mostraron mejora en aproximadamente las tres cuartas partes de los aspectos investigados.

El informe final del Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería apareció en forma de libro en 1934. Este volumen, con el título de *Nursing Schools Today and Tomorrow* ("Escuela de Enfermería de Hoy y Mañana"), mostraba que el principal propósito de los hospitales consistía en la atención de los pacientes, con sus escuelas de enfermería funcionando como departamentos de servicio de pago y las estudiantes de enfermeras consideradas como empleadas. Reveló que la enseñanza impartida daba trabajadoras eficaces de hospital, pero no proporcionaba conocimientos, en cambio, o sólo pocos, en cuanto a los campos de la enfermería domiciliaria o sanitaria. Criticaba la forma de aprendizaje existente e insistía en la necesidad de una enseñanza al nivel académico de la escuela superior.

Se estableció una lista de determinados requisitos absolutos para todas las escuelas. Habían de estar conectadas con alguna institución del Registro de Hospitales de la Asociación Médica Americana, aprobada por la Escuela Superior Americana de Cirujanos, con un promedio diario de cuando menos cincuenta pacientes. Habían de estar inscritas en el Consejo Estatal de Examinadoras de Enfermeras, y las estudiantes habían de contar para la admisión cuando menos con la graduación de la escuela secundaria. El informe insistía, asimismo, en una distribución más uniforme del servicio de enfermería, para su reconocimiento como un deber público, con atribución de fondos públicos, que pusieran a la enseñanza de la enfermería al nivel de otros aspectos esenciales de la enseñanza.

Comité Conjunto para la Distribución del Servicio de Enfermería. En respuesta a las revelaciones del Estudio Rockefeller y del Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería, de que muchas áreas sufrían de falta de atención de enfermería, las tres orga-

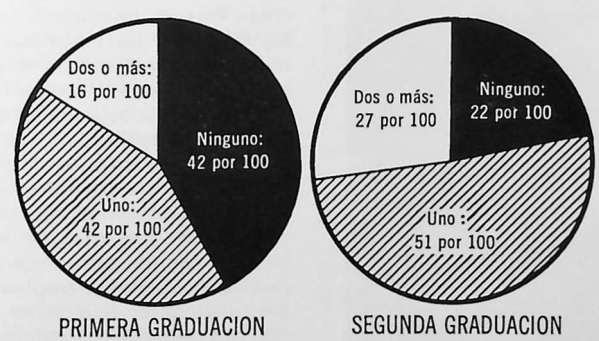


FIG. 66. Graduación de la Escuela de Enfermería. Porcentajes de escuelas con ninguna instructora, con una instructora y con dos o más instructoras, en los grados primero y segundo. (May Ayres Burguess, en *American Journal of Nursing*, junio de 1932.)

nizaciones nacionales de enfermeras, esto es, la Asociación Americana de Enfermeras, la Liga Nacional de Enseñanza de la Enfermería y la Organización Nacional para la Enfermería Sanitaria nombraron, en 1928, un *Comité Conjunto para la Distribución del Servicio de Enfermería*. Este había de cumplir el doble objeto de conseguir que la atención indispensable estuviera al alcance de cada ciudadano y asegurar el empleo necesitado por las enfermeras en periodos de gran depresión financiera.

ESTUDIOS EN CANADA E INGLATERRA

Mientras las enfermeras de los Estados Unidos mostraban así, tanto un espíritu crítico como la voluntad de corregir unos males muy antiguos, las de Canadá e Inglaterra no eran menos sensibles a la necesidad de cambios. En 1927, tres delegados de la Asociación Médica Canadiense y tres de la Asociación Canadiense de Enfermeras constituyeron un comité que propuso una investigación. Las enfermeras del comité fueron *Jean I. Gunn*, Superintendente de Enfermeras del Hospital General de Toronto; *Kathleen Russell*, Directora del Departamento de Enfermería, y *Jean Browne*, Secretaria de la Sociedad Juvenil de la Cruz Roja del Canadá. El presidente del grupo fue el *Dr. G. Stewart Cameron*. Todos los miembros estuvieron de acuerdo en estudiar los servicios didácticos de las escuelas de enfermería y convinieron, además, en que se iba a necesitar un perito ajeno a las dos profesiones para visitarlos y examinarlos. Se encontró semejante perito en el *Profesor George Weir*, jefe del Departamento de Educación de la Universidad de la Columbia Británica.

Fig. 67. Jean Isabel Gunn, O. B. E., LL. D. (Cortesía del Hospital General de Toronto.)

La labor en relación con el proyecto empezó en noviembre del año 1927 y llegó a su término el 31 de julio de 1931. Los gastos habían sido sufragados por las dos profesiones: 70 por 100 por el grupo de enfermería y el 30 por 100 por los médicos. Se reunieron fondos suficientes para que el Dr. Weir pudiera recorrer cada provincia practicando visitas a hospitales y escuelas. Sus investigaciones incluyeron aspectos tanto económicos y sociológicos como de sanidad del campo de la enfermería, y su informe fue publicado en el volumen *Survery of Nursing Education in Canada* ("Estudio de la Enseñanza de Enfermería en Canadá").

En Inglaterra, el descenso en el número de las estudiantes que ingresaban en las escuelas de enfermería y el descenso correspondiente de aspirantes a los cargos en los hospitales condujo a una actitud crítica con respecto a los métodos vigentes. Un estudio de ciertos aspectos de las actividades de la enfermería fue practicado en 1930 por el grupo médico a través de la *Comisión Lancet*, que comprendía a enfermeras, médicos, educadores, sociólogos, economistas y directores de hospital. El método seguido fue el de la autoevaluación mediante el empleo de cuestionarios. Después de estudiar las respuestas, la Comisión redactó sus conclusiones y publicó un informe. Entre los elementos que determinaban un ingreso reducido en la profesión figuraban

problemas de disciplina, oportunidades deficientes de instrucción, una jornada de trabajo prolongada y dificultades de salario.

REVISION DE LAS LEYES RELATIVAS A LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

Una vez terminados los dos estudios nacionales de la enseñanza de la enfermería por la Fundación Rockefeller y el Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería, el interés se centró en la revisión de las leyes relativas a la práctica de la enfermería. Para este tiempo se había descubierto que las leyes existentes ofrecían una protección inadecuada al público en general, al médico y a la propia enfermera. En efecto, durante algún tiempo un número creciente de enfermeras "prácticas" había encontrado empleo cuando se necesitaba una atención prolongada en el hogar, o cuando la labor doméstica había de combinarse con la enfermería. Al propio tiempo, no se habían fijado normas para la preparación de la enfermera práctica, de modo que ésta no ofrecía garantía alguna de contar con una preparación adecuada para la tarea que emprendía.

Por otra parte, si bien la ley distinguía a la Enfermera Registrada como aquella que había satisfecho determinados requisitos de enseñanza, cualquiera podía decirse enfermera y aceptar una remuneración de las personas dispuestas a emplearla. Sin duda, la ley le prohibía poner las letras *E. R.* (Enfermera Registrada) a continuación de su nombre, pero no le prohibía ejercer la enfermería. Si bien hacía tiempo ya que constituía un requisito el que todos los que practicaban la medicina satisficieran determinadas exigencias de estudios y obtuvieran la *licencia*, o sea la facultad legal de practicar; a las que practicaban la enfermería, en cambio, se les había otorgado sin duda el privilegio del reconocimiento estatal como Enfermera Registrada, pero no estaban legalmente obligadas, con todo, a servirse del mismo. En otros términos, las leyes eran más bien *permisivas* que *imperativas*.

Como precursor en el movimiento para la reglamentación de toda la práctica de la enfermería, el Estado de Nueva York promulgó en 1938 una ley que requería que todas las personas que atendían a pacientes a cambio de una remuneración poseyeran su licencia. La ley establecía dos grupos, esto es, uno facultado para practicar como enfermeras registradas profesionales, y otro como enfermeras prácticas con licencia, pero decretaba ilegal que cualquier persona no autorizada en esta forma se empleara, al título que fuera, en la atención de los enfermos en el Estado de Nueva York. Sin embargo, no tardó en descubrirse que la situación así creada era incompatible con las demandas de la segunda guerra mundial, y la ley se suspendió hasta el 1º de abril de 1949, en que sus prescripciones imperativas entraron en plena vigencia. Otros estados siguieron el ejemplo de Nueva York, con la promulgación de leyes similares, aunque a menudo menos categóricas.

De vez en cuando se ha venido agitando la cuestión de una licencia *nacional* que permitiera a la enfermera practicar en cualquier Estado de la unión, pero ha tropezado siempre con obstáculos en forma del respeto de la "Autonomía de los Estados" en la Constitución de los Estados Unidos y también en el hecho de reglamentaciones divergentes para el reconocimiento oficial de las escuelas por parte de aquéllos. Por desgracia, el progreso hacia todas las clases de revisión de las leyes relativas a la práctica de la enfermería fue interrumpido por la participación de los EE. UU. en la segunda guerra mundial. Como consecuencia de ésta, toda la energía y todos los esfuerzos se concentraron en la tarea de proporcionar lo más rápidamente posible un número hasta allí inaudito de enfermeras.

ESTUDIO DE LA PRACTICA MEDICA (1927-1932)

Durante el periodo de investigación por el Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería tuvo lugar también en los Estados Unidos un extenso

estudio de la práctica médica. Las quejas del público relativas a deficiencias en la obtención de atención médica en caso de enfermedades se habían hecho cada vez más fuertes, y los motivos de la crítica eran múltiples. Por una parte, los conocimientos científicos se habían ampliado enormemente: en potencia era posible reducir la incidencia de enfermedades y prolongar la vida. Pero por otra parte, los servicios mejorados habían llevado aparejados costos mayores, de modo que la oportunidad de beneficiarse de los métodos modernos se había ido alejando cada vez más de la persona corriente.

Con objeto de satisfacer la demanda creciente de un servicio médico mejor y más completo, se constituyó en 1927 un *Comité de Estudio de los Costos de la Atención Médica,* compuesto de médicos, economistas y otros especialistas. Se contrató a un personal de estudio y se formuló un plan quinquenal de investigación de hechos que se convirtió en un estudio nacional de las diferencias entre la atención médica necesitada y la que la gente recibía. Se tuvieron también en cuenta los costos de esta atención y su distribución. Al propio tiempo, se practicaron estadísticas relativas a los ingresos anuales de lo médicos, los dentistas y las enfermeras, demostrándose que tampoco éstos eran satisfactorios. A causa de la depresión económica, muchos elementos profesionales sufrían de falta de empleo, en tanto que los pacientes sufrían de falta de atención.

Las conclusiones a las que llegó el Comité para los Costos de la Atención Médica pusieron más de manifiesto el hecho de que los ciudadanos del país no recibían los plenos beneficios de lo que la medicina y las ciencias afines estaban en condiciones de ofrecer. Los servicios médico y de enfermería estaban distribuidos de modo irregular, con algunas áreas dejadas por completo de lado. El remedio sugerido fue que corporaciones gubernamentales asumieran considerable responsabilidad en relación con la salubridad de los ciudadanos. Podían proporcionarse servicios médicos adecuados por medio del seguro de grupo, con los costos distribuidos entre un gran número de personas. La cuestión acerca de si la carga del seguro médico debía ser obligatoria o voluntaria se consideró como discutible y ha permanecido tal en los Estados Unidos hasta el presente.

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DE 1935

La provisión de atención satisfactoria durante la enfermedad no era más que uno de los aspectos de carácter social que no habían sido resueltos todavía. La sociedad se enfrentaba a una complejidad de problemas cuya solución implicaba el desarrollo de métodos no empleados nunca antes en la historia. Con una depresión económica de proporciones mundiales, introducida por el derrumbe espectacular de la bolsa de valores en 1929, grandes multitudes de personas se quedaron sin empleo, independientemente de su capacidad o de los años de servicio, con poca seguridad o ninguna de conseguir algún otro trabajo. A medida que la pobreza se extendió, el número de las enfermedades crecía, y la demanda se iba haciendo cada vez más insistente de que la sociedad en su conjunto se hiciera cargo de la asistencia de sus ciudadanos.

En cierto número de países europeos se promulgaron en dicha época leyes sociales que hacían más llevadera la suerte del individuo corriente. En los EE. UU., la Ley de Seguridad Social de 1935 reconoció una gran cantidad de necesidades sociales, como lo indica el siguiente enunciado:

"La ley ha sido prevista para aliviar fases de malestar económico como las que se encuentran inclusive en tiempos normales entre las personas temporalmente sin empleo, los niños menores, los ancianos y los ciegos, así como para reforzar la asistencia a la maternidad y la infancia, la salubridad pública y los servicios de rehabilitación profesional".[3]

El Departamento de Salubridad, Educación y Asistencia de los EE. UU. coopera actualmente con los gobiernos de los Estados en la administración de

[3] Servicio de Información, Circular No. 1: *A Brief Explanation of the Social Security Act.*, p. 1.

los diversos proyectos, cuyos fondos los proporcionan los patronos, los empleados y los trabajadores independientes por medio de cuotas de seguridad social. Las actividades relativas a los servicios hospitalarios y de salubridad corren a cargo del Servicio de Salubridad de los EE. UU., en tanto que los servicios de Maternidad y Asistencia de la Infancia, así como el de la Infancia Inválida son de la incumbencia directa del Buró de la Infancia de los EE. UU.

Estudios de Salubridad Nacional en los EE. UU. Con objeto de que los beneficios de la Ley de Seguridad Social alcanzaran a todas las personas para las que se la había previsto, así como de conseguir una visión completa del estado de la salubridad en toda la nación, el Servicio de Salubridad de los EE. UU. llevó a cabo en los años 1935 y 1936 un Estudio de Salubridad Nacional. Se habían efectuado ya estudios menores, como el de la Asociación Médica Americana acerca de los Costos de la Atención Médica, pero aquél constituía una empresa mayor que cualquiera que la había precedido. En efecto, en el pasado la preocupación principal de los gobiernos había sido la de combatir el paso de las enfermedades infecciosas de un área a otra, en tanto que ahora se requerían estadísticas en relación con las clases dominantes de enfermedades, accidentes e invalidez.

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que una distribución irregular de los servicios médico y de enfermería y servicios inadecuados de hospitales y de instituciones de salubridad eran causa en gran parte de la atención sanitaria insuficiente de la gente; que un tercio de la población no recibía atención médica o sólo poca, y que una parte mayor todavía sufría de cargas económicas como resultado de enfermedad: éstas fueron algunas de las conclusiones alarmantes.

Con el correr del tiempo, los datos de este primer Estudio de Salubridad Nacional fueron perdiendo importancia, al paso que la extensión de las responsabilidades de las dependencias de salubridad de todas clases iban requiriendo una extensión correspondiente en el campo de las estadísticas sanitarias. En 1956 fue aprobada por el Congreso y firmada por el Presidente una Ley relativa a un Estudio Nacional de Salubridad que autoriza al Director General del Departamento de Salubridad, Educación y Asistencia de los EE. UU. a llevar a cabo un estudio permanente de las enfermedades y la invalidez en todo el país.

Conferencia Nacional de Salubridad. Para preparar la institución de un programa de Salubridad Nacional, se convocó en 1938 en Washington una Conferencia Nacional de Salubridad. Asistieron a ella representantes oficiales de la Asociación Médica Americana, de los grupos de servicio de los hospitales y la asistencia social, así como de las tres organizaciones nacionales principales de enfermería. Annie W. Goodrich fue la única oradora que representó a las enfermeras. La discusión se centró en la provisión adecuada y la distribución regular de los servicios médicos y de enfermería.

Como medio de conseguir los fines perseguidos, se recomendó que cada localidad asumiera la responsabilidad de la coordinación de los esfuerzos en sus propios hospitales, centros de salud, clínicas y laboratorios, así como para poner estos servicios al alcance de todo el mundo. Siguió a esto la mayor extensión de la historia en materia de servicios de salubridad. Se llevaron los mejores conocimientos y métodos médicos que brinda la medicina moderna a aéreas hasta allí negligidas. Se contrataron los servicios de grandes números de médicos y enfermeras y, mediante la concesión de becas de estudios, se facilitó la preparación de otros.

LA FUNDACION INTERNACIONAL "FLORENCE NIGHTINGALE"

La propuesta de un monumento viviente y aleccionador en honor de Florence Nightingale presentada al Congreso CIE de Berlín en 1912 se discutió en una reunión de representantes de la Cruz Roja Británica, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y el Consejo Internacional de Enfermeras celebrado en 1932 en el Hospital de Santo Tomás.

Se esbozaron las líneas generales de una constitución, y dos años después la *Fundación Internacional "Florence Nightingale"* se convirtió en una realidad, con representantes de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y del CIE en su consejo consultor.

Se constituyeron en diversos países Comités Nacionales para promover el Monumento a Florence Nightingale, para constituir un Fondo Fiduciario que sostuviera los trabajos y proporcionara becas de estudio a posgraduadas. Se obtuvo un Acta Fiduciaria, registrada bajo la ley inglesa como Fideicomiso de Enseñanza, con objeto de asegurar la aplicación proseguida del Fondo a su propósito inicial. El cuartel general había de estar en Londres, porque "es allí donde el espíritu de Miss Nightingale sigue viviendo con plena irradiación, como lo atestiguan bibliotecas, museos, hospitales, iglesias y aun las propias calles".[4]

Alrededor de este tiempo, la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja proyectaba interrumpir sus cursos de posgraduadas en *Bedford College,* cuando la tarea de enfrentarse a las necesidades de la posguerra se acercaba a su fin. Apreciando la oportunidad, la Fundación Internacional "Florence Nightingale" (FIFN) se hizo cargo de aquélla sobre una base permanente a partir del otoñó de 1934 y hasta principios de la segunda guerra mundial, en 1939, en que todas las recién llegadas fueron llamadas a regresar a sus respectivos países. Durante este periodo de cinco años se expidieron certificados a 341 enfermeras de 47 países, que cursaron estudios de Enseñanza, Administración, y Enfermería de Salubridad, y se dispersaron para abrir escuelas de enfermería en regiones donde nunca las había habido anteriormente y, en general, para elevar el nivel de la práctica de enfermería en muchas regiones.

El primer cuartel general de la FIFN, en 15 Manchester Square, en Londres, había sido utilizado anteriormente por la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja para su programa de becas de *Bedford College* y fue traspasado a la FIFN totalmente equipado y con un contrato de arrendamiento a largo plazo. *Olive Baggally,* graduada de la Escuela Nightingale, fue nombrada secretaria y administradora de la FIFN. En los primeros tiempos de la segunda guerra mundial, la casa fue cerrada por razones de seguridad y su biblioteca y otros elementos de valor fueron llevados a un lugar seguro. Posteriormente, el edificio fue gravemente dañado por las bombas.

LA FIFN ASOCIADA AL CIE

En 1949 la Fundación Internacional "Florence Nightingale" se reorganizó y, para procurarle fuerza y protección, entró en asociación con el Consejo Internacional de Enfermeras cuyos programas de enseñanza se le confiaron. En 1957, se efectuaron en el Congreso del CIE celebrado en Roma, Italia, cambios de estructura, creándose una *División de Enfermería* y una *División de Enseñanza,* la segunda de las cuales había de hacerse cargo de la FIFN y se conoce con el nombre de *División de Educación "Florence Nightingale".*

La identidad de la FIFN cual organismo separado y su Fondo Fiduciario se mantuvieron, pero hubo que enmendar el Acta de Fideicomiso para permitir aplicar los ingresos a una actividad específicamente pedagógica. Siguen sirviendo en su consejo asesor representantes de la División de Enfermería de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. En 1961 se creó en el Congreso de Melbourne, Australia, una nueva *División de Asistencia Social y Económica* del CIE.

La División de Enseñanza de la FIFN del CIE mantiene un centro de información y un servicio de consulta a propósito de todos los aspectos de la enseñanza de enfermería. Los ingresos anuales del Fondo Fiduciario se acumulan hasta el momento en que son suficientes para emprender proyectos especiales, dos de los cuales han sido seminarios internacionales sobre métodos de investigación aplicados a los problemas de enfermería, celebrados uno de ellos en Francia y otro en la India, habiéndose emprendido además, con ayuda de subsidios de la Organización Mundial de la Salud, cuatro estudios de aspectos diversos de la enseñanza de enfermería.

[4] *American Journal of Nursing,* septiembre de 1938, p. 795.

El Consejo Internacional de Enfermeras es actualmente una federación de organizaciones de enfermería nacionales y la asociación internacional de mujeres profesionales más antigua del mundo. Constituyen sus miembros las organizaciones afiliadas, y no las enfermeras individuales. Todas las enfermeras que pertenecen a una asociación nacional de enfermeras afiliada al CIE tienen derecho a sus servicios y contribuyen a su sostenimiento mediante sus cuotas nacionales.

El cuartel general del CIE y la FIFN está situado ahora en 1 Dean Trench Street, en Westminster, Londres, en el "Edificio CIE" *(ICN House),* embellecido pero hogareño, con todo, donde un personal profesional y administrativo trabaja estrechamente con comités del CIE en la ejecución de diversos programas. Las actividades persiguen la promoción de elevados niveles de enfermería sobre una base mundial, reforzando la buena voluntad internacional y protegiendo los intereses y los derechos profesionales de las enfermeras.

Una de las tareas principales del CIE es la de mantener relaciones con otros grupos internacionales interesados en promover la asistencia y la salubridad mundiales. Sostiene relaciones especiales con varias Dependencias Especializadas de las Naciones Unidas dedicadas a la salud internacional, y envía representantes a los congresos de la Asociación Médica Mundial, la Asociación Internacional de Hospitales, la Federación Dental Internacional y la Federación Mundial de la Salud Mental. Una delegada del CIE asiste, asimismo, a las reuniones del Comité Asesor de Enfermería de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

Periódicos y congresos. La comunicación con los miembros y las demás personas interesadas se mantiene a través de la publicación bimensual de la *International Nursing Review,* en la que algunos artículos aparecen en francés, alemán y español. Se celebran congresos del CIE cada cuatro años, en los que enfermeras de muchos países que representan a pueblos de todas las partes del mundo se reúnen para saludarse y examinar las cuestiones de interés mutuo.

Sugestiones para estudio

1) Explíquese el hecho de que, con el nuevo objetivo de la medicina consistente en enseñar higiene personal a mucha gente, el método imperante de preparar a las enfermeras cayera bajo el fuego cruzado de la crítica.
2) ¿Cuál era la situación de la enfermería en dicho momento, en relación con la provisión de personal para el servicio de salubridad, y cuáles eran el número y la clase de estudiantes en las escuelas?
3) a) ¿Cuál institución, íntimamente asociada con el movimiento de salubridad, emprendió un estudio del campo de la enfermería? b) ¿Cuál comité se nombró, y quiénes fueron sus presidenta y secretaria respectivamente?
4) a) Mencione la estudiante algunos hallazgos importantes del Comité y algunas de las conclusiones a las que llegó. b) ¿Cuáles dos escuelas universitarias de enfermería dotadas fueron creadas en respuesta a una de las conclusiones?
5) a) ¿El nombramiento de cuál Comité fue otro de los resultados trascendentes del Estudio Rockefeller? b) ¿Quién lo patrocinó? c) ¿Miembros de cuáles organizaciones sirvieron en el Comité?
6) ¿Cuáles tres proyectos fueron emprendidos por el Comité de Graduación de las Escuelas de Enfermería durante su programa de cinco años?
7) ¿Por qué efectuó el Comité de Graduación un segundo estudio y cuáles fueron sus resultados?
8) ¿Cuáles circunstancias condujeron al nombramiento de un Comité Conjunto de la Distribución del Servicio de Enfermería?
9) ¿Qué sabe la estudiante de estudios

similares de la enseñanza de la enfermería en otros países?

10) a) ¿En cuál proyecto se interesó la enfermería organizada después de terminados los estudios de la Fundación Rockefeller y del Comité para la Graduación de las Escuelas de Enfermería? b) ¿Cuáles circunstancias condujeron a la nueva empresa?
11) a) ¿Cuáles críticas públicas condujeron a un estudio extenso de la práctica médica? b) ¿Qué Comité se nombró con tal objeto? c) Mencione la estudiante algunas de las conclusiones adoptadas.
12) a) ¿Cuáles cambios en las perspectivas sociales condujeron a la promulgación de la Ley de Seguridad Social de 1935? b) ¿Qué medidas se adoptaron para la aplicación de la Ley? c) ¿Cuál campo de la enfermería afectó más vitalmente?
13) ¿En qué difería el Estudio Nacional de Salubridad de los EE. UU., de 1935 y 1936, de otros estudios que lo habían precedido?
14) ¿Han tenido lugar otros estudios de salubridad desde entonces?
15) ¿Dónde y cuándo se celebró la primera Conferencia Nacional de Salubridad, quién asistió y cuáles fueron sus resultados?
16) a) ¿Qué tipo de monumento a Florence Nightingale fue fundado en 1934? b) ¿Cómo se reunieron los fondos para ejecutar sus programas?
17) ¿Cuál fue la primera empresa pedagógica de la FIFN y por qué se interrumpió?
18) ¿Cuáles circunstancias provocaron la asociación de la FIFN con el CIE, y cuáles son el nombre y la tarea actuales de la asociación?
19) ¿Cuál nueva División del CIE fue creada en el Congreso de Melbourne, Australia, en 1961?
20) a) ¿Quiénes son los socios del CIE? b) ¿Cómo se mantiene la comunicación entre ellos?
21) ¿Dónde se encuentra el cuartel general del CIE y la FIFN y hacia cuáles propósitos generales se encaminan sus actividades?
22) ¿Con cuáles otros grupos internacionales mantiene relaciones el CIE?

Bibliografía

Committee for the Study of Nursing Education: Nursing and Nursing Education in the United States. Nueva York, The Macmillan Co., 1923.

Committee on the Grading of Nursing Schools: Nurses, Patients, and Pocketbooks, 1928.

Committee on the Grading of Nursing Schools: Nursing Schools Today and Tomorrow, 1934.

Committee on Costs of Medical Care: Medical Care for the American People. Chicago, University of Chicago Press, 1932.

Curriculum Committee of Canadian Nurses' Association: A Proposed Curriculum for Schools of Nursing in Canada, 1936.

Curriculum Committee of National League of Nursing Education: Curriculum Guide for Schools of Nursing, 1938.

Falk, Rorem, y Ring: The Costs of Medical Care. Chicago, University of Chicago Press, 1933.

Goodrich, Annie W.: The Social and Ethical Significance of Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1932.

Johns y Pfefferkorn: An Activity Analysis of Nursing, 1934. Publicado por el Committee on the Grading of Nursing Schools.

Lancet Commission on Nursing: Final Report. The Lancet, Ltd., 7 Adam Street, Adelphi, Londres, W. C. 2.

Roberts, Mary M.: American Nursing—History and Interpretation. Nueva York, The Macmillan Co., 1954. Caps. 19 y 20.

Sigerist, Dr. Henry E.: American Medicine. Nueva York, W. W. Norton & Co., Inc., 1934.

Stewart, Isabel M.: The Education of Nurses. Nueva York, The Macmillan Co., 1943.

Weir, G. M.: Survey of Nursing Education in Canada. Toronto, Canada, University of Toronto Press, 1932.

American Journal of Nursing

"The U. S. National Health Survey" - Lucile Petry Leone. Mayo, 1959, p. 302.

Cuarta parte

EVOLUCION CIENTIFICA Y SOCIAL ACELERADA

Capítulo 13

LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL Y LA POSGUERRA

PROVOCADA por un ataque alemán a Polonia, Inglaterra declaró la guerra a Alemania el 1º de septiembre de 1939. El 8 de diciembre de 1941, los EE. UU. la declararon al Japón. Dos días después, Alemania e Italia replicaron declarando la guerra a los Estados Unidos. El mundo se vio sumergido en una nueva y terrible forma de conflicto conocido con el nombre de "guerra total", que afectada a todo hombre, toda mujer y todo niño de los países beligerantes. La respuesta a la guerra total fue la defensa total, con todos los civiles sujetos a movilización. Toda persona capaz tenía asignados un lugar y una tarea y era objeto de entrenamiento en determinadas actividades, para los casos de bombardeo e invasión. A menudo se evacuaba a los ancianos y los niños en grandes números de las zonas de peligro, no llevando consigo más que aquello que podían llevar. Era inevitable que neurosis de miedo e inestabilidad emocional acompañaran tales prácticas.

Era inevitable, asimismo, que las tropas rápidamente reunidas en los campos de la patria abrieran nuevos canales a la propagación de infecciones. Especialmente entre los individuos reclutados en los distritos rurales, las epidemias de enfermedades infantiles de los tiempos de guerra eran frecuentes. Otras variedades de enfermedades hicieron también su aparición con el transporte de tropas a campos de batalla en el lobo entero. Al acecho en el desierto africano y la jungla surasiática infestados, había organismos que, al lado de los guerrilleros enemigos, causaban paludismo, disentería, tifus y otras enfermedades.

Progresos en materia de tratamiento médico. Lo mismo que en el curso de conflictos anteriores, los progresos en materia de tratamiento médico fueron grandes en algunas direcciones. La prevención y el tratamiento del traumatismo y la infección mostraron un progreso notable. Muchos veteranos de la guerra deben hoy su vida a la eficacia del plasma sanguíneo, que era transportado al campo de batalla y administrado por un soldado médico preparado. El empleo de la penicilina y de las sulfonamidas en relación con la infección aseguró asimismo la recuperación de muchos de los heridos. Al quedar cortadas las fuentes de ultramar de la quinina por la acción del enemigo, se perfeccionaron preparados sintéticos que prometían ser mejores que el remedio original. Se desarrolló el nuevo insecticida dicloro-difenil-tricloroetano, mejor conocido como "DDT", que hizo milagros en la eliminación de enfermedades transmitidas por los insectos y los roedores, sobre todo el paludismo y el tifus. Entre las medidas profilácticas eficaces introducidas en la segunda guerra mundial figuran también la administración de toxoide tetánico y vacuna contra la fiebre amarilla a todos los miembros de las fuerzas combatientes.

Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de Guerra. Un gran número de enfermedades y un número creciente de heridos de guerra requerían la presencia en número también cada vez mayor de médicos, enfermeras

FIG. 68. La Sra. Katherine H. Jones, D. B. E., R. R. C., S. R. N., Matrona en Jefe del Q. A. I. M. N. S. durante la segunda guerra mundial. *(British Journal of Nursing,* julio de 1942.)

y personal médico afín. Reconociendo la necesidad de una acción concertada, se organizó en julio de 1940 un Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de Guerra, para representar a las enfermeras de los EE. UU., y se establecieron planes: a) para promover un inventario nacional de las enfermeras registradas, b) para ampliar los servicios de las escuelas de enfermería acreditadas existentes, y c) para proporcionar servicios complementarios de enfermería a los hospitales y dependencias de salubridad.

El Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de Guerra no tardó en revelarse como eslabón eficaz entre la enfermería organizada y el programa federal para proporcionar un número adecuado de enfermeras a las fuerzas armadas. Organizó una intensa campaña para atraer estudiantes a las escuelas de enfermería, difundió información que había de ser útil en cuanto a juzgar los méritos relativos de las escuelas de enfermería, estableció requisitos de admisión mínimos y esbozó oportunidades en el campo de la enfermería profesional. Por medio de revistas, carteles, cartas y por la radio, el Consejo de Enfermería propagó su mensaje de necesidad y oportunidad. Además, sirvió de elemento asesor del *Servicio de Reclutamiento y Atribución de Médicos, Dentistas, Veterinarios, Ingenieros de Salubridad y Enfermeras,* dependencia federal a la que se había delegado la tarea de una distribución adecuada de personal profesional de acuerdo con las necesidades tanto civiles como militares.

Dependencias de la Cruz Roja. Trabajaba lado a lado con el Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de la Guerra el Servicio de Enfermería de la Cruz Roja Americana, en su campaña para aumentar la lista de enfermeras de reserva dispuestas a engrosar los Cuerpos de Enfermería del Ejército y de la Marina a medida que fuera necesario. Se creó asimismo una *Reserva de Estudiantes de la Cruz Roja* en la que se alistaban las estudiantes de enfermera del último año, con el compromiso de prestar servicio activo en la guerra después de la graduación. Al propio tiempo, se invitaba a enfermeras graduadas, de preparación especial y ocupando empleos de responsabilidad, a que permanecieran en sus puestos. Por desgracia, sin embargo, este ruego fue desatendido por muchas.

En un esfuerzo decidido para satisfacer la necesidad desesperada de asistentes preparadas de las enfermeras profesionales por parte de los hospitales, puestos de socorro y organizaciones similares, se organizó el *Cuerpo de Auxiliares Voluntarias de Enfermera de la Cruz Roja.* Compuesto de mujeres entre los dieciocho y los cincuenta años, muchas de ellas con familia y hogar, el Cuerpo fue instruido por instructoras enfermeras calificadas en un curso de ochenta horas, treinta y cinco de las cuales tenían lugar en el aula, y cuarenta y cinco en las salas de los hospitales. Las instructoras se mostraron muy complacidas de la manera eficaz con que este grupo se hizo cargo de tareas sencillas de enfermería, para las que la experiencia doméstica proporcionaba un valioso antecedente.

Otro auxilio provino de la Cruz Roja Americana mediante el empleo de grandes números de instructoras de enfermería para enseñar cursos de *Atención de los Enfermos y Heridos* a amas de casa y madres, con objeto de que pudieran hacerse cargo de los cuidados de sus familias en el curso de enfermedades menores o durante periodos de convalecencia. Finalmente, la Cruz Roja aumentó grandemente su personal de instructores para la enseñanza de principios de *Primeros Auxilios* a toda clase de personas.

Servicio de Salubridad de los EE. UU. Se añadieron a los esfuerzos del Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de la Guerra y de la Cruz Roja Americana los del *Servicio de Salubridad de los EE. UU.* Teniendo a su cargo el Inventario de las Enfermeras Registradas, promovido por el Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de la Guerra, aquel organismo estaba en condiciones de conocer el número total de enfermeras de la nación, su preparación, experiencia y disponibilidad. Con su aprobación y cooperación, se concedieron fondos federales a escuelas de enfermería bien reputadas, con objeto de permitirles aumentar sus dormitorios y sus servicios docentes en vista de la admisión de un número mayor de estudiantes, de la extensión de los cursos de posgraduadas y de la institución de cursos de repetición para las enfermeras que habían permanecido inactivas por algún tiempo.

CUERPO DE CADETES DE ENFERMERAS DE LOS EE. UU. Era tan grande la necesidad, que pese a todos los esfuerzos coordinados quedaban todavía por satisfacer numerosas demandas de enfermeras tanto civiles como militares. En una de las medidas más eficaces adoptadas para hacer frente a la situación, el Congreso adoptó en 1943 el Proyecto de Ley de Bolton, presentado por la Sra. Frances Payne Bolton, diputada por Ohio, quien anteriormente había dotado la Escuela de Enfermería "Frances Payne Bolton", de Cleveland. Con fundamento en las disposiciones de la Ley Bolton, el Departamento de Salubridad de los EE. UU. fue autorizado a crear el *Cuerpo de Cadetes de Enfermeras de los EE. UU.,* a cuyo través se prestaba una ayuda financiera parecida a la de las becas de estudio a jóvenes mujeres deseosas de asistir a las escuelas de enfermería.

En una campaña para atraer grandes números de reclutas, se anunció con profusión que a las estudiantes que ingresaran en escuelas de enfermería se les proporcionarían libros, uniformes de servicio, las matrículas de ingreso y pensión, y se les pagaría además una liberal bonificación mensual para gastos personales. Además, se diseñó un atractivo uniforme gris de calle con charreteras carmesí, insignia del Servicio de Salubridad de los EE. UU., y un emblema distintivo en la bocamanga inspirado en la Cruz de Malta, emblema de los Caballeros de San Juan de Jerusalén. Las estudiantes, en cambio, se comprometían a permanecer en algún tipo de servicio activo de enfermería durante la guerra.

Con objeto de obtener la aprobación para la admisión de estudiantes cadetes, se invitó a las escuelas de enfermería a que aceleraran sus planes de estudios de modo que durante los seis últimos meses las cadetes de último año estuvieran disponibles para servicio en hospitales militares o civiles, donde las necesidades fueran más apremiantes. En esta forma, el auxilio de las cadetes fue llevado rápidamente a muchos hospitales, los servicios de dormitorio y docentes dejados vacíos por las cadetes de último año quedaban disponibles para nuevas reclutas, y miles de enfermeras pudieron dejarse libres para el servicio militar, sin correr el riesgo de un estancamiento del servicio de enfermería en el país. Al propio tiempo, las escuelas de enfermería se encontraron con dificultades cada vez mayores por la escasez de maestras calificadas, a medida que los médicos y las enfermeras seguían dejando sus cargos para alistarse en el servicio de guerra.

Aceptando el hecho de que un alto porcentaje de su personal había de ausentarse, los hospitales realizaron esfuerzos heroicos para asegurar a sus pacientes una atención esencial. Dondequiera que fuera posible, se contrata-

ron a enfermeras de tiempo parcial y trabajadoras subordinadas. Se establecieron cursos de repetición para enfermeras retiradas deseosas de volver al servicio, y los servicios voluntarios de Auxiliares de Enfermera de la Cruz Roja durante unas pocas horas diarias eran aceptados de buena gana. Al propio tiempo se emprendía un esfuerzo para desanimar toda clase de "enfermería de lujo", y el empleo de enfermeras especiales por parte de pacientes o de enfermeras de oficina por los médicos se consideró como contrario al espíritu patriótico.

Enfermería militar. ¿Y adónde fueron, nos preguntamos, todas aquellas enfermeras que renunciaron a sus puestos en favor del servicio activo? La respuesta cubriría un mapamundi, porque la enfermera de la segunda guerra mundial siguió las operaciones militares y fue adonde fueron los combatientes. De Alaska a Australia, de Inglaterra a Africa, de Filipinas a la India, las enfermeras de todos los países beligerantes se mantuvieron valerosamente, en ocasiones en presencia de los bombardeos enemigos, del fuego de artillería y de los torpedos. Asistiendo en salas de operaciones subterráneas, evacuando a pacientes de posiciones bombardeadas y salvando equipo, las enfermeras hicieron honor a las tradiciones más excelentes de su profesión. Algunas fueron llamadas a atender a pacientes en plena jungla tropical, a separarse de todas sus pertenencias al escapar de una trampa del enemigo, a abandonar barcos que se hundían, a escapar en submarinos, a dejarse llevar a la deriva durante días y días en botes salvavidas. Otras fueron hechas prisioneras y algunas perecieron en el frente de batalla.

Habida cuenta de los grandes progresos de la aviación antes de la guerra y durante la misma, nada tiene de particular que el avión llegara a jugar un papel importante en el transporte de los enfermos y los heridos, ni resulta extraño que la enfermera ocupara un lugar en el nuevo método. Con cierto entrenamiento especial podía convertirse en "enfermera de aviación", que cuidaba a enfermos en ambulancias aéreas, en tránsito de los campos de batalla o de hospitales de primeros auxilios a los hospitales situados en zonas de seguridad. Un pequeño grupo de enfermeras escogidas aprendió inclusive a saltar en paracaídas en la Escuela de Evacuación Aérea instalada en Bowman Field, Kentucky.

Enfermería industrial. Con la producción de cantidades de bombas, barcos, tanques, aviones y cañones hasta allí insospechadas, la *industria de guerra* adquirió vastas proporciones. Para mantener esta corriente de equipo, se dirigieron llamados a todas partes, a hombres, mujeres y niños. Por autobús, tren y automóvil llegaban en enjambres a los centros fabriles, hasta que centenares de ciudades se vieron pletóricas prácticamente con la afluencia de trabajadores. También en los trigales y los desiertos surgieron como por arte de magia grandes instalaciones industriales, rodeadas de sus áreas satélites de viviendas con grandes hacinamientos. Semejante transformación sólo podía tener lugar tan rápidamente en lo que se consideraba como una lucha por la existencia.

Lo mismo que en el caso del soldado del frente de batalla, la salud del obrero de la retaguardia había de conservarse si es que se quería que siguiera en su puesto produciendo los materiales para la guerra. La gran extensión de la enfermería industrial que siguió se convirtió en otra sangría de la reserva disponible de personal de enfermería. Al propio tiempo, con el aumento general del nivel de los salarios en tiempo de guerra, cada vez más trabajadores fueron participando en los planes de seguros médicos, lo que se traducía en una carga mayor todavía para los hospitales. Con velocidad creciente, la necesidad de procurar médicos y enfermeras se extendía en todas direcciones.

Lo mismo que su hermana en uniforme militar, la enfermera industrial aportó también su contribución al esfuerzo de guerra. No sólo prestó servicio de enfermería bajo la dirección de un médico industrial, sino que colaboró también en la enseñanza de seguridad y en programas de prevención de accidentes. Gracias a sus esfuerzos, la pérdida de tiempo debida a enfermedades profesionales y no profesionales se redujo a un mínimo. En contacto diario con el trabajador industrial y su familia, la enfermera tuvo ocasión de prestar asistencia no sólo en relación con los males físicos, sino también en muchos problemas psicológicos y emocionales.

El Proyecto de Ley de Movilización de las Enfermeras. En los últimos meses de la guerra, antes de que los gobiernos se dieran cuenta cabal de que ésta tocaba a su fin, el presidente de los EE. UU. pidió al Congreso que preparara una legislación que permitiera al gobierno llamar a las enfermeras al servicio militar. Si bien una gran proporción de las enfermeras profesionales activas estaban ya en servicio, los alistamientos voluntarios no llegaban, con todo, a cubrir las necesidades. La Asociación Americana de Enfermeras declaró públicamente que aprobaba la medida, a condición de que se la hiciera parte de una legislación de Servicio Selectivo que incluyera a todas las mujeres.

En marzo de 1945, la Casa de los Representantes redactó y aprobó un Proyecto de Ley de Movilización de las Enfermeras y lo envió al Senado, pero los acontecimientos subsiguientes hicieron que la medida no resultara ya necesaria. Percatándose de la premura expresada en las palabras del presidente, más enfermeras se alistaron como voluntarias para el servicio de guerra, y una encuesta entre las enfermeras cadetes reveló que las nueve décimas partes de ellas ingresarían en los Cuerpos de Enfermería del Ejército o la Marina después de la graduación. Y luego, la guerra en Europa terminó el 8 de mayo, y la necesidad de una movilización de las enfermeras ya no existía.

FIG. 69. Trío de enfermeras militares. (De la cubierta de "¡Alístate en una carrera gloriosa! ¡Prepárate como enfermera!". Publicada por el Cuerpo de Cadetes de Enfermera de los EE. UU. durante la guerra.)

FIG. 70. Un miembro del Cuerpo de Cadetes de Enfermera de los EE. UU. durante la segunda guerra mundial.

El proyecto de ley se abandonó. Con el fin de las hostilidades en el Pacífico, el 14 de agosto de 1945, la mayor campaña de reclutamiento de enfermeras de la historia llegó también a su fin.

LOS PROBLEMAS DE LA POSGUERRA

Al igual que otras guerras antes que ella, la segunda guerra mundial dejó tras sí una estela de hambre, miedo, dolor y enfermedades. Esta vez, con todo, la pérdida de vidas humanas y de confianza humana fue mayor. En presencia de estos hechos, se comprende que los sociólogos de hoy consideren la eliminación de la guerra como el más urgente de los problemas humanos, como una práctica del hombre primitivo que sólo puede proseguirse con el riesgo de aniquilación de nuestra civilización entera. A medida que avanza el tiempo, nuevos descubrimientos científicos conducen a agentes de destrucción cada vez más terribles. Sin embargo, las nuevas armas solas no pueden servir de medida de los horrores de la guerra, porque es el caso que la acompañan siempre elementos antiguos de destrucción, capaces de terminar con la vida social. El deterioro moral y la propagación de las enfermedades sociales son elementos concomitantes de la guerra, en tanto que la pobreza, los hogares desechos y la ausencia de la orientación paterna conducen inevitablemente a neurosis de ansiedad y a la delincuencia juvenil.

Con tales indicadores caóticos de camino, nada tiene de sorprendente que cuando menos una parte de la población del mundo se esfuerce por apartar a la humanidad de los antiguos caminos primitivos y hacia una era constructiva de paz y de buena voluntad con los vecinos. El sendero que conduce a la paz es pedregoso, pues requiere cambios en moldes políticos y económicos de vieja raigambre. No obstante, existen motivos para no desesperar.

UNRRA

La Liga de Sociedades de la Cruz Roja no cesó durante toda la guerra de aliviar dolores y, a fines de 1943, cuarenta y cuatro países se juntaron para crear la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, UNRRA (Administración de Auxilio y Rehabilitación de las Naciones Unidas), organización temporal destinada a prestar auxilio inmediato durante un período crítico. A los esfuerzos combinados de las naciones contribuyentes se asociaron los de muchos médicos, enfermeras, dentistas, investigadores sociales e ingenieros de salubridad. No cabe duda que existen motivos de optimismo por lo que se refiere al futuro de la civilización si consideramos que, en medio de una guerra cuyo éxito era incierto, tantas naciones establecieron programas para proporcionar alimento, abrigo y vestidos para millones de seres necesitados.

FIG. 71. Dos enfermeras de la Marina en un barco-hospital en el Atlántico del Norte. (De la cubierta de "¡Alístate en una carrera gloriosa! ¡Prepárate como enfermera!", publicada por el Cuerpo de Cadetes de Enfermera durante la guerra.)

Una idea de la enormidad de la tarea a la que se enfrentaba la UNRRA puede colegirse de un estudio de la situación de Europa inmediatamente después de la guerra total. Desde Francia a Rusia Occidental, del Báltico al Mediterráneo, se calcula que veinte millones de seres humanos estaban expuestos a las inclemencias del tiempo, a la desnutrición y a enfermedades, y vivían una vida mísera al día. Con una falta completa de elementos médicos, e inclusive de jabón, este complemento elemental de la higiene, las enfermedades y el deterioro moral prosperaban. La tuberculosis encabezaba la lista de las causas de muerte, en tanto que la sarna, la gripa y la disentería completaban la incapacitación y el diezmo de millones de personas.

Es contra este holocausto que la UNRRA lanzó su poder, y el vasto programa fue llevado a cabo en presencia de una escasez obstaculizadora de equipo y personal. Además de asistir a los hambrientos, los expatriados y los enfermos, aquélla jugó un papel decisivo en la apreciación de las necesidades de médicos y enfermeras en un área determinada, en el establecimiento de escuelas para enfermeras y auxiliares de enfermera y en proporcionar becas de estudio para el estudiante graduado.

Actualmente, la tarea de la UNRRA ha terminado. El volumen de esta tarea puede medirse por la cantidad de vacunas y sueros administrados, las toneladas de alimentos distribuidos y la cantidad de vestidos facilitados. Pero no se puede medir, en cambio, la cantidad de sufrimiento moral aliviado por el personal de la UNRRA, ni el mensaje de esperanza que llevó a millones de víctimas desamparadas del asolamiento implacable de la guerra.

LAS NACIONES UNIDAS

Apreciando la necesidad de una acción concertda para hacer frente a los problemas sociales y económicos surgidos de las dos guerras mundiales, un grupo de representantes de naciones se reunió en febrero de 1945 en San Francisco. De esta reunión salieron las Naciones Unidas, organización mundial destinada a fomentar la labor de equipo en tiempo de paz y a prevenir hostilidades futuras. Su carta, firmada por representantes de cincuenta y una naciones, entró en vigor el 24 de octubre de 1945, cuyo aniversario se celebra como el Día de las Naciones Unidas.

La estructura de las Naciones Unidas consta de seis órganos principales, a saber: la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, el Consejo de Fideicomiso, el Tribunal Internacional de Justicia, el Consejo Económico y Social, y el Secretariado.

La Asamblea General. En el centro de la estructura de las Naciones Unidas se encuentra la Asamblea General, el único órgano principal que representa a todos los miembros y tiene funciones y poderes en relación con todos los demás cuerpos de las Naciones Unidas. Le incumbe la responsabilidad de examinar los problemas complicados que surgen entre naciones y de hacer recomendaciones a éstas y al Consejo de Seguridad en interés de la paz y la seguridad internacionales.

Las deliberaciones de la Asamblea General se llevan a cabo de acuerdo con las normas parlamentarias y se consignan en inglés, francés y español. Cada nación miembro, sea grande o pequeña, rica o pobre, tiene un voto, y las decisiones adoptadas ejercen una fuerza moral considerable sobre la gran familia de naciones.

El Consejo de Seguridad. El Consejo de Seguridad está compuesto por cinco miembros permanentes —Gran Bretaña, la China Nacionalista, Francia, la Unión Soviética y los Estados Unidos— y diez miembros no permanentes, elegidos por la Asamblea General por periodos de dos años. Tiene ante todo a su cargo el arreglo pacífico de disputas que podrían conducir a la guerra, así como la consecución del desarme.

Toda nación, miembro o no de las Naciones Unidas, puede pedir la acción de éstas si considera que está oprimida por otra y que la paz está amenazada. Se cuenta con que todos los

Fig. 72. Un tren-hospital. (De *Army Nursing*, folleto publicado en Washington, D. C., 7 de agosto de 1947.)

Fig. 73. Hospital de evacuación cerca del frente.

miembros afectados acepten la investigación, la negociación, la mediación, la composición judicial y otros medios pacíficos de arreglo. En todos los asuntos del Consejo ejerce la opinión mundial una fuerte influencia sobre el resultado.

El Consejo de Fideicomiso. La misión sagrada de asumir la supervisión de los Territorios de Mandato liberados del control de las potencias vencidas en las dos guerras mundiales, así como la que voluntariamente le es traspasada por las naciones responsables de

Fig. 74. Un hospital inglés después de un bombardeo aéreo. (*American Journal of Nursing*, abril de 1941.)

FIG. 75. Los seis órganos principales de las Naciones Unidas. (Cortesía de *United Nations Review.*)

ella, ha sido asignada al Consejo de Fideicomiso. Su objetivo está en promover en los territorios en cuestión condiciones sociales y económicas que conduzcan gradualmente a la autoadministración.

El Tribunal de Justicia Internacional. El *Tribunal de Justicia Internacional* consta de quince jueces de otros tantos países, elegidos por la Asamblea General y el Consejo de Seguridad e investidos del poder legal para dirijir litigios. Está en sesión permanente en La Haya, Holanda, y a los jueces, que cobran unos honorarios anuales, no les está permitida otra ocupación alguna. El Tribunal de Justicia adopta decisiones que están de acuerdo con los principios del derecho internacional y los principios legales generales aceptados por los países civilizados.

El Consejo Económico y Social. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas se compone de 27 naciones-miembro, elegidas por la Asamblea General por periodos de tres años, y tiene a su cargo la promoción de altos niveles de vida, plena ocupación y beneficios de enseñanza y culturales en todas las partes del mundo. El fondo filosófico de todos los programas del Consejo es el de asistir a los países que solicitan su ayuda para reducir la pobreza, las enfermedades y el analfabetismo de sus poblaciones. Bajo su guía, cuestiones de derechos humanos, sin distinción de raza, sexo, idioma o religión, la posición profesional de la mujer y el control de los narcóticos han realizado notables progresos.

Cuatro Organismos Especializados del Consejo Económico y Social relacionados íntimamente con las cuestiones relativas a la salud son la *FAO, Food and Agriculture Administration* (Administración de Alimentos y Agricultura), la *ILO, (International Labor Organization),* Organización Internacional del Trabajo, la *UNESCO, UN Educational, Scientific, and Cultural Organization* (Organización Educacional, Científica y Cultural de las Naciones Unidas) y la *WHO, World Health Organization* (Organización Mundial de la Salud). Tiene especialmente a su cargo la asistencia de las madres y los niños, la *UNICEF, UN International Children's Fund* (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para los Niños), cuerpo especial que no recibe ayuda financiera de las Naciones Unidas pero que, sobre la base de contribuciones voluntarias, trabaja en estrecho contacto con la Organización Mundial de la Salud.

FAO. La FAO trabaja en vista de niveles de alimentación más altos en todas partes. Hasta el presente, en la historia, más de la mitad de la población de la tierra ha padecido constantemente hambre, pero, con la ayuda de la FAO, unas dietas escasas y mal combinadas están siendo reemplazadas por cantidades suficientes de la clase adecuada de alimentos. Equipos de expertos de la FAO colaboran con los indígenas para enseñarles a sacar provecho de su suelo y de sus recursos hidráulicos, el empleo de instrumentos y técnicas modernos de agricultura, de pesca y silvicultura, así como métodos mejorados de conservar y vender los productos y de llevar a cabo campañas contra las enfermedades devastadoras del ganado y de las aves de corral.

ILO. Las actividades de la ILO las guían tanto los patronos y los gobiernos como los trabajadores, y difieren, por consiguiente, de las de un sindicato obrero internacional. Muchos de sus

propósitos se logran mediante el establecimiento de misiones en países que solicitan sus servicios. Cada misión consta de un grupo de expertos en un determinado sector económico y de sus familias, que viven entre los indígenas y traban amistad con ellos. Las misiones organizan cursos de entrenamiento para empleados, y enseñan a los patronos y los gobiernos métodos conducentes a la producción de mejores bienes y más abundantes.

La ILO contribuye también a la solución de problemas sociales y económicos relacionados con las horas de trabajo, salarios, desempleo, así como con los seguros contra accidentes y las pensiones a los ancianos. Por sugestión del Comité de Expertos de Enfermería, de la Organización Mundial de la Salud, la *ILO* y la *WHO (OMS)* llevaron conjuntamente a cabo una investigación de las causas de la escasez de enfermeras en el mundo entero y, una vez terminada, la *ILO* publicó en 1958 un folleto de 176 páginas titulado *Employment and Conditions of Work of Nurses* (Empleo y condiciones de trabajo de las enfermeras). En 1964 siguió un estudio complementario y una nueva apreciación de la situación, promovidos por la División de Asistencia Social y Económica del CIE.

UNESCO. El preámbulo de la constitución de la UNESCO contiene el siguiente enunciado: "Toda vez que las guerras empiezan en las mentes de los individuos, es en las mentes de éstos que han de construirse las defensas de la paz". Con este fin se fomentan en todo el mundo servicios de enseñanza, la investigación científica y los valores culturales. Se proporciona ayuda para construir escuelas, bibliotecas y laboratorios, y se efectúan estudios especiales de tensiones raciales, religiosas

FIG. 76. Un equipo BCG, asistido por la WHO y el UNICEF, administra vacuna a refugiados cerca de Saigón, Vietnam. (Cortesía de la Organización Mundial de la Salud.)

FIG. 77. Lyle Creelman, del Canadá, Jefe de la Sección de Enfermería de la WHO. *(Nursing Mirror Copyright.)*

y sociales susceptibles de conducir a conflictos abiertos. La UNESCO lleva ahora a cabo una campaña muy intensa destinada a reunir fondos para salvar los tesoros arqueológicos que corren peligro de perderse para siempre con la construcción del Dique de Asuán, en el Desierto Nubio de Egipto.

WHO. Por sugestión de China y Brasil, uno de los primeros actos del Consejo Económico y Social fue la convocación de una Conferencia de la Salud Mundial, antes de redactar la constitución de la Organización Mundial de la Salud (WHO), en suyo préambulo figura ahora lo siguiente:

> "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez.
> "La salud de todos los pueblos constituye un requisito esencial para la consecución de la paz y la seguridad y depende de la cooperación más completa de los individuos y los Estados".

La Constitución fue ratificada por 26 naciones el 7 de abril de 1948, cuyo aniversario se celebra como el día de la Salud Mundial.

La WHO ayuda a las naciones a reforzar sus propios servicios de salubridad enviándoles asesores expertos, maestros y equipos de demostración internacionales, que por lo regular comprenden a enfermeras, para colaborar y enseñar a personal local seleccionado, del que se espera que llevará a cabo la labor solo, una vez el proyecto inicial terminado. Se conceden becas de estudios a ingenieros de salubridad, enfermeras y demás personal indígena, para permitirles estudiar fuera de sus propios países. Se presta asistencia técnica a instituciones docentes, incluidas escuelas de medicina y enfermería, y se organizan seminarios y conferencias. Se insiste en la necesidad de enseñar al público a cooperar manteniendo limpios los suministros de agua y alimentos, instalando sistemas de eliminación de aguas negras y combatiendo eficazmente a los insectos y los roedores.

Una de las principales empresas de la WHO es una campaña intergubernamental a escala mundial con el propósito de erradicar por completo el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la frambesia, el tracoma y la lepra, todos los cuales están ahora en retroceso, si bien hay algunos indicios de un nuevo aumento de las infecciones tuberculosas. Se han creado grandes cantidades de servicios de maternidad y puericultura, con un apoyo financiero considerable de la UNICEF. La WHO fomenta asimismo la rehabilitación médica y profesional, y está llevando a cabo un estudio de los problemas de salubridad que podría provocar el empleo de la energía atómica. Gracias a sus esfuerzos, resulta posible conseguir medicamentos de dosificaciones unificadas en muchos países del mundo.

La Organización Mundial de la Salud se ha convertido en uno de los Organismos Especializados mayores de las Naciones Unidas, con unas noventa naciones como miembros. Cuenta con un personal profesional de más de 500 individuos, incluidas treinta enfermeras de salubridad y dos enfermeras asesoras. Las oficinas de éstas están en la sede de la WHO en Ginebra, Suiza. Las actividades se deciden en Conferencias Mundiales de la Salud, que se celebran en diversas partes del mundo y, con objeto de adaptarse a las necesidades de salubridad de áreas específicas, se mantienen seis oficinas regionales, con una enfermera cada una, en las siguientes ciudades: Alejandría, Egipto; Brazzaville, República del Congo; Copenhague, Dinamarca; Manila, Islas Filipinas; Nueva Delhi, India, y Washington, D. C., EE. UU.

Con objeto de asegurar un cuerpo representativo de opinión, un grupo de organizaciones extragubernamentales (NGO = *Non Governmental Organizations*), con un interés fundamental en cuestiones de salubridad, ha sido admitido a mantener *relaciones oficiales* con la WHO. En 1947, el Consejo Internacional de Enfermeras fue aceptado en este grupo, y actualmente algunas enfermeras sirven en Comités de Expertos de Enfermería de la WHO, actúan como asesoras en materias de la enseñanza y el servicio de enfermería, llevan a cabo estudios cuando se les piden, y contribuyen activamente en otras formas a fomentar los intereses de la enfermería en el mundo entero.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha sido introducido asimismo en una *lista especial de Organizaciones NO Gubernamentales que lleva la ILO* con fines consultivos y, a través de esta relación, contribuyó en el estudio conjunto de la ILO y la WHO sobre las causas de la escasez universal de enfermeras y las condiciones de empleo de las enfermeras y del personal auxiliar de enfermería. El CIE tiene *carácter de organismo asesor de la UNICEF y del Consejo Económico y Social mismo,* por cuyo conducto tiene relaciones con las Naciones Unidas, estando así en condiciones de mantenerse informado de todas las actividades relacionadas con la salud.

A diferencia del CIE, la Asociación Americana de Enfermeras se ocupa de los programas de las Naciones Unidas como entidad conjunta, y tiene por misión apoyarlos y difundir información acerca del Sistema de las Naciones Unidas. Trabaja a través de la oficina de información pública de las Naciones Unidas como un grupo ciudadano interesado en la asistencia social y envía representantes para que se enteren de las actividades de enfermería e informen acerca de ellas como parte de la labor de las Naciones Unidas.

El Secretariado. Finalmente, el cuerpo administrativo de la vasta empresa de las Naciones Unidas es el *Secretariado,* compuesto de un Secretario General, nombrado por un periodo de cinco años por la Asamblea General a propuesta del Consejo de Seguridad, de ocho Asistentes del Secretario General, y de un personal de unos 4000 ciudadanos de muchas regiones del mundo, que han prestado un juramento de fidelidad a las Naciones Unidas. Entre el personal de este servicio civil internacional permanente figuran muchos científicos, especialistas en materia de economía, asistencia social y salubridad, así como administradores, investigadores, secretarios y otros. *Son los primeros verdaderos ciudadanos internacionales,* pueden ser de uno u otro sexos, y ocupan cargos permanentes.

LA EVOLUCION EN LA POSGUERRA

Escasez de enfermeras. Una vez terminada la guerra, se creyó al principio que las cosas no tardarían en todos los aspectos a volver a su cauce normal. Sin embargo, no había de tardar en ponerse de manifiesto que una sociedad que ha sido desarraigada no puede volver fácilmente al suelo anterior, si es que puede. Se habían producido cambios en los hogares y en los empleos, tanto en los que se habían dejado atrás como en aquellos que servían con las fuerzas armadas.

Los hospitales y otros organismos que esperaban el pronto regreso de las enfermeras del servicio militar activo para alivio de su propia labor no tardaron en verse defraudados. En efecto, las encuestas informaban que muchas enfermeras, cansadas de la guerra, estaban tomando unas vacaciones bien merecidas, otras habían encontrado medios de procurarse una instrucción avanzada, y algunas estaban efectivamente incapacitadas para la actividad profesional ulterior. Al propio tiempo, muchas enfermeras casadas y retiradas que habían prestado valiosos servicios volvieron a abandonar el trabajo. Y como gravamen final, el fin de los beneficios del Cuerpo de Cadetes de Enfermeras de los EE. UU. se tradujo en una reducción alarmante de aspirantes al ingreso en las escuelas de enfermería.

Con objeto de hacer frente a una crisis inminente, la Liga Nacional de la Enseñanza de Enfermería y la Asociación Americana de Hospitales efectuaron un estudio extenso de la situación y no tardaron en lanzarse en un programa de reclutamiento a escala nacional. No pasaron muchos meses antes de que el interés por la enfermería volviera a mostrar indicios de reanimación. Sin embargo, la creación de nuevos empleos, la construcción aumentada de hospitales, el seguro hospitalario voluntario, la legislación social federal, todo ello, juntamente con un creciente interés por parte del público en la enseñanza sanitaria y los tratamientos preventivos, fue creando una demanda aumentada de enfermeras.

Percatándose de que el problema afectaba la salud y la seguridad de todo ciudadano americano, la Asociación Americana de Enfermeras emprendió una campaña publicitaria de grandes proporciones. El objeto era el de despertar la conciencia del público en cuanto a su responsabilidad para corregir aquellos factores que contribuían a la resistencia por parte de las jóvenes mujeres calificadas para ingresar en las escuelas de enfermería.

Enfermeras prácticas. Así, pues, mientras los esfuerzos se dirigían a proporcionar una atención satisfactoria de enfermería a todos los que la necesitaran, la conveniencia de asegurar grandes números de enfermeras prácticas o profesionales bien preparadas quedaba claramente de manifiesto. Para hacer frente a esta demanda, empezaron a aparecer cursos de aproximadamente un año de duración en las escuelas vocacionales y de adultos, en los hospitales, en las escuelas superiores y en otras instituciones. La NAPNES, *National Association for Practical Nurse Education and Service* (Asociación Nacional para la Enseñanza y el Servicio de la Enfermería Práctica), que había sido organizada en 1941 por pedagogos eminentes del ramo, confirió orientación al movimiento y ayudó a las escuelas a conseguir normas mejoradas y más uniformes.

Con su cuartel general en 535 Fifth Avenue, Nueva York, N. Y. 10017, las actividades de la NAPNES se han extendido en diversas direcciones y abarcan ahora proyectos didácticos especiales, incluidos talleres y conferencias regionales, reclutamiento, y la publicación de una diversidad de materiales. El *Journal of Practical Nursing* se publica mensualmente y se celebran convenciones todos los años. Pueden ser miembros las enfermeras prácticas y profesionales, cualquier persona lega, representantes de la enseñanza profesional, asociaciones estatales de enfermeras prácticas y hospitales, así como otros organismos municipales.

La NFLPN, *National Federation of Licensed Practical Nurses* (Federación Nacional de Enfermeras Prácticas Licenciadas), con domicilio en 250 W. 57th Street, Nueva York, N. Y. 10019, se compone por completo de enfermeras prácticas. Fue organizada en 1949, con el propósito de establecer principios de ética y de promover altos niveles de enfermería práctica, obtener leyes de licencia y condiciones de trabajo satisfactorias, y atender en cualquier otra forma a la asistencia de las enfermeras prácticas. Se compone de asociaciones estatales, integradas a su vez por unidades locales. El *American Journal of Practical Nursing* es el portavoz oficial y se celebran convenciones anualmente.

Cambios en el alistamiento en la Cruz Roja. En 1947 se practicaron cambios en el método de alistamiento de enfermeras en la Cruz Roja. Ya no había necesidad alguna de proporcionar una reserva para los Cuerpos de Enfermeras del Ejército y la Marina, toda vez que estos servicios procedían ahora a su propio reclutamiento. En cambio, seguía la necesidad de un registro de enfermeras dispuestas a entrar en acción inmediatamente en el caso de una epidemia o de algún otro desastre local. Un terremoto, un huracán, un incendio, una inundación, una explosión o un accidente de tren, autobús o avión, o el bombardeo de una ciudad podrían hacer necesario prestar primeros auxilios a grandes números de víctimas y evacuarlas de sus hogares. Se necesitarían enfermeras para servir en el *National Blood Program* (Programa Nacional de Sangre), dar clases a auxiliares voluntarias de enfermera e impartir enseñanza en la atención de los enfermos y heridos.

Las enfermeras dotadas de espíritu público, deseosas de contribuir con sus conocimientos y habilidades en casos de necesidad, o de ayudar a otros de los Servicios de la Cruz Roja, se alistan ahora a través de sus sucursales locales. Un distintivo y una credencial de miembro, designando a cada una como Enfermera de la Cruz Roja Americana, se entregan una vez completado el servicio. Estos símbolos sirven de identificación con el movimiento humanitario de la Cruz Roja, que no conoce fronteras nacionales.

TRES ESTUDIOS DE ENFERMERIA

El estudio Carnegie y el Informe Brown. El progreso en vista del objetivo de proporcionar a la sociedad una clase satisfactoria de servicio de enfermería se vio ayudado por estudios extensos de los métodos pedagógicos en las escuelas de enfermería en Inglaterra, Canadá, los Estados Unidos y otros países, después de terminada la segunda guerra mundial. Estudios anteriores se habían revelado como útiles en cuanto a proporcionar una mejor preparación de las enfermeras.

Un estudio fue financiado en los Estados Unidos por la Fundación Carnegie y llevado a cabo cual proyecto final antes de la disolución del Consejo Nacional de Enfermería. El propósito era determinar por quién debieran organizarse, administrarse y financiarse las escuelas de enfermería. *Esther Lucile Brown*, experta en el campo de la investigación social, trabajando con dos comités asesores, uno profesional y otro lego, sirvió como directora. El carácter objetivo del proyecto lo pone de manifiesto una decisión temprana del grupo en vista de "considerar el servicio y la enseñanza de la enfermería en términos de lo que es más provechoso para la sociedad, y no de lo que es más provechoso para la enfermería como un posible 'interés creado'".[1]

La Dra. Brown visitó unas cincuenta escuelas seleccionadas, sostenidas respectivamente por hospitales voluntarios y públicos, representativas del promedio de las del país. Los resultados se clasificaron tanto como mejores cuanto como peores de los que se había esperado. Además, tuvieron lugar entrevistas personales con las enfermeras encargadas de la enseñanza de enfermería y se celebraron tres conferencias regionales a su intención. Las conclusiones a las que se llegó, así como recomendaciones para mejora, fueron publicadas en 1948, en el volumen *Nursing for the Future* ("Enfermería de cara al futuro"), de la profesional Esther Lucile Brown.

[1] Brown, Esther Lucile: *Nursing for the Future*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1948, p. 11.

En respuesta al principal objeto de examen se recomendó que "se orientaran los esfuerzos hacia la creación de escuelas básicas de enfermería en las universidades y escuelas superiores..., estables en cuanto a organización y estructura financiera, adecuadas en sus servicios y posibilidades, y bien distribuidas, de modo que puedan satisfacer las necesidades del país entero".[2] Se propuso la viabilidad de un curso universitario, combinado general y profesional, reducido a cuatro años, pero se reconoció, con todo, la necesidad de proseguir las escuelas de los hospitales hasta un futuro relativamente lejano. Las recomendaciones en vista de constituir reservas adecuadas de personal de enfermería competente comprendían el alistamiento de grandes cantidades de hombres y grupos minoritarios en las escuelas de enfermería, así como la formación de equipos de servicio integrados por enfermeras profesionales, enfermeras prácticas preparadas y, en lo posible, por un grupo intermedio de enfermeras clínicas graduadas, para la labor en hospitales.

Se señaló que, si bien había una escasez de enfermeras con preparación especial para cargos administrativos, de dirección, de enseñanza y de salubridad, había también una demanda de especialistas en determinadas áreas de la enfermería clínica; como p. ej.: la atención de los pacientes cardiacos, de cáncer, tuberculosis, enfermedades ortopédicas y enfermedades mentales. Se puso asimismo de manifiesto que, juntamente con los conocimientos y la competencia profesionales, los consumidores del servicio de enfermería buscan de preferencia las enfermeras de carácter tranquilo, amable, comprensivo, de maneras afables y de voz modulada, que comunican un sentimiento interior de seguridad y bienestar.

El Estudio T. C. y el Informe de Ginzberg. Gracias a los esfuerzos de la profesora *R. Louise McManus,* Jefe de la División de Enseñanza de Enfermería, de la Escuela Superior de Maestros de la Universidad de Columbia, se constituyó un *Comité para el estudio de la Función de la Enfermería,* estando ya en vías de realización el Estudio Carnegie. Formado por representantes de la enfermería y de expertos en los campos de las ciencias médicas y sociales, el Comité examinó los problemas centrados alrededor de la escasez actual y futura de enfermeras. *Eli Ginzberg,* Profesor Asociado de Economía de la Universidad de Columbia, fue designado presidente, figurando entre los demás miembros el *Dr. Thomas P. Murdock,* representante de la Asociación Médica Americana, la *Sra. McManus* y *Mary M. Roberts.*

Las conclusiones y recomendaciones del T. C. (*Teachers College* = Escuela Superior de Maestros) se publicaron en 1948, en el libro *A Program for the Nursing Profession* ("Un Programa para la Profesión de Enfermería"), por el Comité para el estudio de la Función de la Enfermería. Para hacer frente a la escasez crítica de enfermeras se recomendó la creación de equipos de enfermería compuestos de enfermeras profesionales de cuatro años de estudios, de enfermeras registradas de dos años y de enfermeras prácticas de un año. El alcance de las funciones de enfermería se consideró difícil de definir, pero se proclamó: "La enfermera tiene a su cargo tareas técnicas cada vez más complicadas que le son delegadas por el médico: ella es a la vez los ojos y los oídos del médico, su intérprete y una colaboradora inapreciable en el diagnóstico y la terapéutica, compartiendo en un grado considerable la responsabilidad de la enseñanza".[3]

Estudio de la AMA e Informe de Murdock. Aproximadamente en esta época fue nombrado por la Asociación Médica Americana un *Committee to Study the Nursing Problem in the Unites States* (Comité para el Estudio del Problema de la Enfermería en los EE. UU.). Compuesto de cinco médicos, con el Dr. Thomas P. Murdock como presidente, se celebraron conferencias con representantes de la Asociación Americana de Hospitales, el Colegio de Médicos Americano, el Colegio Americano de Cirujanos, la Asociación Americana de Enfermeras y otras. Se publicaron conclusiones y recomendaciones en el *Journal of the American Medical Association,* del 3 de julio de 1948, y en el *American Journal of Nursing,* de julio de 1949.

Las recomendaciones en vista del alivio inmediato de la escasez de enfermeras insistía en la necesidad de asignar personal auxiliar a la administración y otras tareas no profesionales de los hospitales. Y para hacer frente a las necesidades futuras, se propusieron tres grupos de enfermeras, a saber: educadoras de enfermeras, enfermeras clínicas y enfermeras prácticas entrenadas. Las enfermeras clínicas habían de tener un curso de hospital reducido a dos años.

[2] *Ibid.,* p. 178.

[3] *Committee on the Function of Nursing: A Program for the Nursing Profession,* Nueva York, The Macmillan Co., 1948, p. 101.

ESTUDIO DE DATOS ESCOLARES DE 1949

Con objeto de llevar a ejecución lo que se consideraba más viable de las recomendaciones expuestas en los Informes de Brown, Ginzberg y Murdock, el Consejo Conjunto de Directores de las organizaciones nacionales de enfermería nombró un *National Committee for the Improvement of Nursing Services* (Comité Nacional para la Mejora de los Servicios de Enfermería), compuesto de representantes de los sectores de la enseñanza general, de la administración de hospitales, de salubridad, de la Asociación Médica Americana y de las organizaciones de enfermería.

La primera empresa del comité de nueva constitución fue un *Estudio de Datos Escolares.* La información reunida por medio de cuestionarios sirvió de base para determinar las áreas mayores de problemas de la enseñanza y el servicio de enfermería y para hacer recomendaciones en vista de mejora. El hecho de que las escuelas mismas celebraron esta oportunidad de apreciación de sus actividades se pone de manifiesto en la circunstancia de que el 97 por 100 de los cuestionarios fueron llenados y devueltos.

Clasificación interina. Los datos recibidos se analizaron y las escuelas se clasificaron en tres grupos, de acuerdo con los resultados. Esta *Interim Classification of Schools of Nursing Offering Basic Programs* (Clasificación Provisional de Escuelas de Enfermería que Ofrecen Programas Básicos) se publicó en noviembre de 1949 en el *American Journal of Nursing,* y nuevamente en 1950, en el volumen en rústica *Nursing Schools at the Mid-Century* ("Escuelas de Enfermería a Mediados del Siglo"), compilado por el Comité Nacional para la Mejora de los Servicios de Enfermería. Esta fue la primera relación crítica de las escuelas de enfermería publicada hasta allí. Proporcionó oportunidad a los que las administraban de apreciar sus prácticas en relación con las que estaban en boga en otras escuelas del país.

LA LEY HILL-BURTON

La Ley de Estudio y Construcción de Hospitales, de 1946, conocida popularmente como Ley Hill-Burton, proporcionaba un sistema cooperativo de subvenciones federales a los Estados para la construcción sistemática de hospitales, centros de salubridad y servicios afines no lucrativos, que estaban haciendo mucha falta. El programa lo administra la Oficina de Servicios Médicos del Departamento de Salubridad de los EE. UU. y goza del asesoramiento de la consultora de enfermería de la Oficina en cuestión. Se ha producido a continuación de su entrada en vigor un aumento enorme de capacidad de prestar atención a pacientes, pero el hospital moderno no sólo cuida a los que están enfermos o heridos, sino que sirve también de centro de enseñanza para médicos, enfermeras, residentes administrativos, investigadores sociales, dietistas y otros. En 1964, la Ley Hill-Burton fue prorrogada por otros cinco años.

LA COMISION PRESIDENCIAL

En un esfuerzo proseguido para satisfacer las necesidades de salubridad de la nación y estimular el papel del gobierno federal en el mantenimiento

de una ciudadanía sana, el Presidente de los EE. UU. nombró en diciembre de 1951 una Comisión para las Necesidades de Salubridad de la Nación *(Commission on the Health Needs of the Nation)*. Durante un año entero, a continuación, representantes de los sectores de la medicina y anexos, de la enseñanza y de clientes de los servicios de salubridad llevaron a cabo un estudio extenso de las condiciones y las necesidades de la salubridad en todo el país. *Marion Sheehan,* directora suplente de la Liga Nacional de Enfermeras, representó al gremio de las enfermeras.

El informe de la Comisión Presidencial, presentado a últimos de diciembre de 1952, tomó forma en cinco folletos titulados *Building America's Health*[4] ("Construyendo la Salud de América"), en los que se proporciona información acerca de los servicios de salubridad locales, estatales y nacionales existentes y se formulan recomendaciones para aumentar su eficacia. Aparte de otras deficiencias, se informó que grandes cantidades de áreas rurales carecen de servicios para la atención durante la enfermedad. Figuraba en primer lugar entre las recomendaciones una propuesta para la creación de un Departamento de Salubridad y Seguridad dentro de la estructura del Gobierno Nacional.

EL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD, ENSEÑANZA Y ASISTENCIA DE LOS EE. UU.; SERVICIO DE SALUBRIDAD

En 1953 se creó en el seno de la Sección Ejecutiva del Gobierno Federal, con el Servicio de Salubridad como uno de sus miembros, el Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia de los EE. UU., destinado a resolver los problemas actuales de salubridad. El funcionario principal del Servicio de Salubridad es el Director General *(Surgeon General)*, que es nombrado por el Presidente de los Estados Unidos por un periodo de cuatro años. En 1949, *Lucile Petry Leone,* Enfermera Jefe Oficial del Departamento, fue nombrada por el Director General con el grado de Asistente de éste, como un homenaje especial a la profesión de la enfermería.

Desde 1798, el Servicio de Hospital de la Marina de los EE. UU. había atendido a los marinos mercantes enfermos e incapacitados, empleados en barcos que llevaban a cabo el comercio de la nación, y había sido encargado en su día de las actividades de la cuarentena federal para evitar que enfermedades contagiosas fueran introducidas en el país, o fueran transportadas de un Estado a otro, así como para cooperar con los Servicios de Salubridad locales y estatales en la aplicación de las leyes de cuarentena. Con el correr del tiempo, sus tareas se fueron ampliando, y en 1912 se convirtió en el Hospital de Marina y Servicio de Salubridad de los EE. UU., que fue abolido al crearse el nuevo Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia.

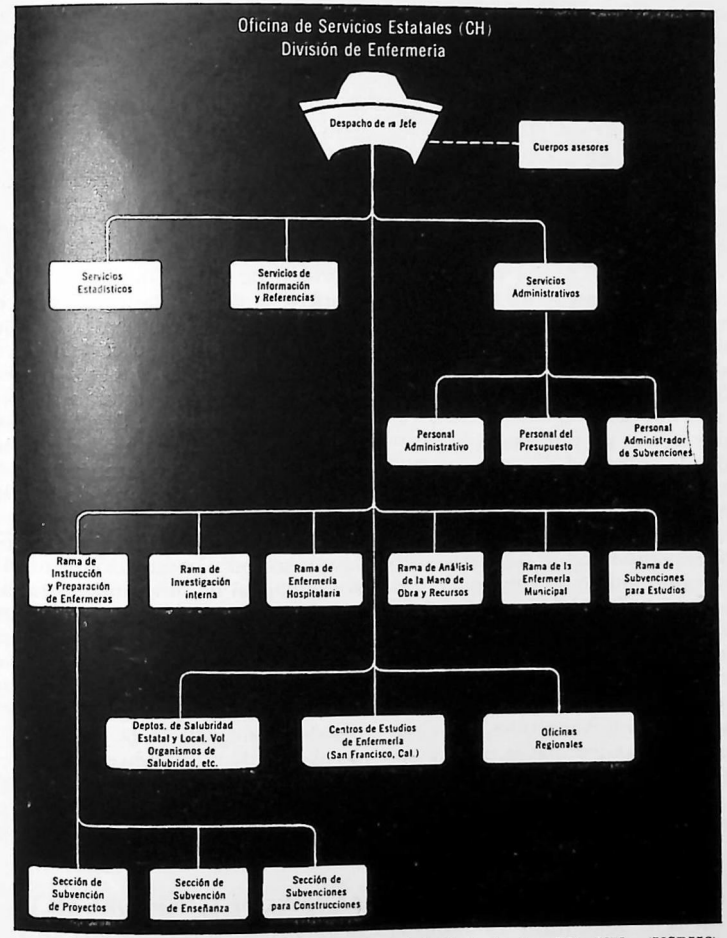
El Servicio de Salubridad de los EE. UU. es actualmente el principal organismo de salubridad del gobierno federal y es el que lleva la dirección en los asuntos de salubridad de la nación. Mantiene altos niveles de práctica, entrenamiento e investigación y estimula una conducta semejante en otros organismos. Proporciona una visión nacional completa de las condiciones y los problemas de salubridad y ejerce influencia en las cuestiones de salubridad internacionales colaborando con los organismos federales de otros países, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (que funciona también como oficina regional de la WHO para las Américas), y algunas otras asociaciones internacionales. Mantiene la Biblioteca Nacional de Medicina del Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia de los EE. UU., que contribuye en forma notable al progreso de los conocimientos médicos y sobresale entre las bibliotecas médicas del mundo.

Las tareas del Servicio de Salubridad de los EE. UU. las comparten cuatro oficinas. La *Oficina de Servicios Estatales* tiene a su cargo los programas

[4] *Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office,* Washington, D. C., 20402.

de salubridad federales-estatales e interestatales. Toda vez que la protección de la salud, lo mismo que la educación, se considera como una función de incumbencia primordialmente estatal, esta Oficina da dirección general a programas destinados a ayudar en el tratamiento preventivo y el control de las enfermedades contagiosas. Aplica los reglamentos de cuarentena interestatales y las medidas para la eficacia del control de la higiene general y la contaminación de las aguas. A través de la Oficina de Servicios Estatales, el Departamento de Salubridad es un socio activo de los Estados en la tarea de evitar que las infecciones crucen los límites de éstos, así como de otras organizaciones internacionales en actividades relacionadas con la salubridad internacional.

Diversas tareas de enfermería han sido llevadas a cabo por la Oficina de Servicios Estatales, inclusive las relati-



La División de Enfermería del Servicio de Salubridad de los EE. UU. (USPHS) realiza toda clase de estudios, indagaciones e investigaciones. Uno de sus principales objetivos consiste en ayudar a traducir los resultados a la práctica. (Ficha, cortesía del *American Journal of Nursing,* julio de 1965.)

vas a la Salubridad India, al desarrollo de planos para la defensa civil, y al funcionamiento del Cuerpo de Cadetes de Enfermeras durante la segunda guerra mundial. En 1960 se estableció en el seno de esta Oficina una *División de Enfermería,* al combinarse las divisiones existentes de los recursos de la enfermería de salubridad y enfermería.

Las actividades de la División de Enfermería "comprenden ahora programas de estudio y de acción destinados a producir personal de enfermería y otros recursos adecuados a la provisión de una atención de salubridad total para la población creciente de la nación".[5] La División asume un "papel de dirección en el desarrollo y la mejora de los servicios y la enseñanza de enfermería, en la ejecución y el apoyo de investigación en materia de enfermería, en el aumento y la mejora de la reserva nacional de personal de enfermería, y en la comunicación con el público en general y con un 'público especial', para mantenerlos informados acerca de la enfermería".[6] Cuida del cumplimiento de la Ley de Capacitación de las Enfermeras, de 1964 (véase pág. 300).

La *Oficina de Servicios Médicos* tiene a su cargo la prevención de la introducción de enfermedades o la entrada de extranjeros mental o físicamente deficientes en los Estados Unidos. Es la oficina mayor en el seno del Departamento de Salubridad y comparten sus tareas cierto número de Divisiones, una de las cuales es la División de Servicios Hospitalarios, que proporciona atención médica al personal de la Guardia Costera y del Estudio Geodésico Costero, a los oficiales y tripulación de la Marina Mercante Americana, a los empleados federales lesionados en el cumplimiento del deber, a los indios elegibles de América y Alaska, a los pacientes de la Leprosería Nacional, en Carville, Lousiana, así como a los de las cárceles y reformatorios del Departamento de Justicia. La Oficina de Servicios Médicos administra asimismo el programa Hill-Burton de subvenciones cooperativas a los Estados para la construcción de hospitales.

Los *Institutos Nacionales de Salubridad* constituyen la oficina que es el centro de investigación del Departamento de Salubridad y ocupa un terreno de unas 120 hectáreas en Bethesda, Maryland, un suburbio de Washington, D. C. Su Centro Clínico proporciona un espacio doble para laboratorios que para pacientes, en un edificio de 14 pisos y 500 camas. Los pacientes están atendidos por sus propios médicos y se seleccionan de acuerdo con los proyectos de investigación en curso.

La División de Normas Biológicas de los Institutos Nacionales de Salubridad protege al público cuidando de la aplicación de las leyes federales para la seguridad de la pureza y la potencia de sueros, vacunas y otros productos biológicos y conduce la investigación en relación con su normalización. La División de Subsidios de Investigación sostiene la enseñanza para la investigación y estimula la expansión de las actividades investigadores en escuelas médicas, hospitales y otras partes. El *programa de entrenamiento* de los Institutos Nacionales de Salubridad tiene por objeto preparar un número aumentado de médicos, enfermeras y trabajadores afines en el campo de la salubridad.

La *Oficina del Director General* es la que asegura la dirección central y la coordinación de programas para las demás oficinas y coopera en el terreno de la salubridad internacional. Reúne, analiza y publica estadísticas sanitarias oficiales de los EE. UU. y prepara a la nación a hacer frente a las necesidades de salubridad de la población civil en el caso de un desastre nacional. Edita y publica los *Public Health Reports* (Informes de Salubridad), que es el periódico oficial del Departamento de Salubridad de los EE. UU.

CAMBIOS DE ESTRUCTURA EN LA ENFERMERIA ORGANIZADA

Los cambios en los conceptos de la atención de salubridad para todo el mundo y la gran expansión de los

[5] *American Journal of Nursing,* octubre de 1960, p. 1432.
[6] *Ibid.*

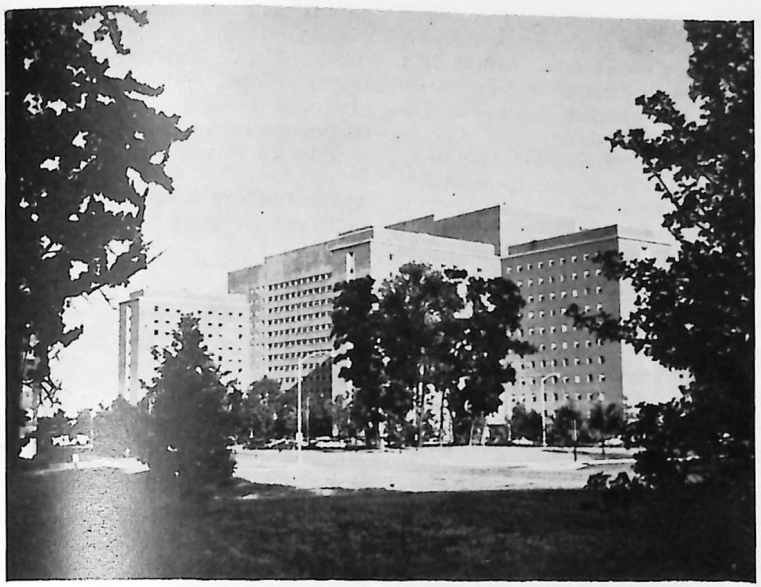


FIG. 78. El Centro Clínico, Bethesda, Maryland. (Cortesía del Instituto Nacional de Salubridad, Servicio de Salubridad de los EE. UU. Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia.)

servicios hospitalarios se vieron acompañados de nuevos tipos de servicio de enfermería y la aceptación, por parte de las enfermeras, de tareas más amplias y más variadas. Con objeto de mantener el paso con el tiempo, se procedió a cambios de estructura en las organizaciones nacionales de enfermería de diversos países, cada uno de los cuales fue precedido de estudios completos de la estructura existente y de sus posibilidades de mejora.

En los Estados Unidos, un estudio de la estructura fue patrocinado por las organizaciones nacionales de enfermería y dirigido por los *Raymond Rich Associates,* especialistas en estudios sociales. Un informe de los resultados obtenidos y de recomendaciones fue presentado a la ANA, la NLNE y la NOPHN (véase a continuación), en convenciones de estas organizaciones, y fue seguido de estudios y debates en asociaciones de distrito, de Estado y nacionales por un periodo de unos cuatro años. Se dedicó seriamente atención a un plan para una sola asociación nacional global y a otro para dos asociaciones.

En dicho momento existían las siete asociaciones nacionales siguientes, laborando cada una de ellas en un terreno limitado por las disposiciones de su constitución o por las condiciones de incorporación y sin autorización para intervenir en otro, a saber:

ORGANIZACIONES PRINCIPALES

NLNE, *National League of Nursing Education* (Liga Nacional para la Enseñanza de Enfermería).

ANA, *American Nurses' Association* (Asociación Americana de Enfermeras).

ORGANIZACIONES REPRESENTANTES DE GRUPOS ESPECIALES

National Association of Colored Graduate Nurses (Asociación de Enfermeras Graduadas de Color).

National Organization for Public Health Nursing (Organización Nacional para la Enfermería de Salubridad).

American Association of Nurse Anesthetists (Asociación Americana de Enfermeras Anestesistas).

Association of Collegiate Schools of Nursing (Asociación de Escuelas Colegiadas de Enfermería).

American Association of Industrial Nurses, Inc. (Asociación Americana de Enfermeras Industriales, S. A.).

En 1950 se presentó a la convención bienal de la ANA en San Francisco un proyecto para dos asociaciones principales, que fue aprobado por los socios. Finalmente, en 1952 surgieron dos organizaciones compañeras, con el objetivo común de proporcionar al pueblo americano la mejor atención de enfermería posible. Son las siguientes:

American Nurses' Association (ANA), reorganizada en 1952.

National League for Nursing (NLN), fundada en 1952.

La constitución y los estatutos de la Asociación Americana de Enfermeras anterior se convirtieron en el núcleo de la asociación reorganizada, y la estructura de la Liga Nacional para la Enseñanza de la Enfermería fue el núcleo de la nueva Liga Nacional para la Enfermería. Un Consejo de Coordinación, compuesto de los consejos de directores de las dos organizaciones, asegura la labor de equipo entre las dos.

El primero de los grupos especiales que se disolvió fue el de la Asociación Nacional de Enfermeras Graduadas de Color, que fue absorbido por la ANA en enero de 1951, dejando un historial notable de cuarenta y tres años de actividad. El año siguiente, las NLNE, NOPHN y ACSN, juntamente con varios comités nacionales, combinaron sus programas y recursos para convertirse en la nueva Liga Nacional para la Enfermería. Sin embargo, la *Asociación Americana de Enfermeras Industriales, S. A.* y la *Asociación de Enfermeras Anestesistas* conservaron sus estatutos separados, y en 1957 se constituyó una nueva *Association of Operating Room Nurses* (Asociación de Enfermeras de Sala de Operación), formando tres grupos independientes de las asociaciones principales, pero susceptibles de ingresar en ellas como miembros.

ACREDITACION NACIONAL DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA

Se ha venido reconociendo desde hace ya mucho que la enfermería, lo mismo que otras disciplinas, debería hacerse cargo de sus propios programas de enseñanza y, entre las primeras actuaciones de la Liga Nacional para la Enfermería, figuró el desarrollo de criterios de acreditación para la enseñanza de la enfermería y el establecimiento de un sistema de mediciones para la acreditación de las escuelas de enfermería, incluidas las que ofrecen programas de títulos de maestría.

La elegibilidad para acreditación con la NLN requiere que las escuelas dirigidas por hospitales estén al corriente de la aprobación por el Consejo de Enfermería del Estado en que están situadas, en tanto que las que están bajo la égida de escuelas superiores, de dos o tres años, o de universidades deben estar al corriente de aprobación tanto del cuerpo acreditativo regional competente como del Estado. Dos listas continuas de escuelas a las que se ha concedido la acreditación se publican anualmente en el *Nursing Outlook* ("Panorama de la Enfermería"), una de ellas para las estudiantes principiantes y la otra para las enfermeras registradas. Sin embargo, la acreditación nacional no garantiza la acreditación permanente. En efecto, toda vez que todas las formas de enseñanza no tardan en pasar de moda, cada escuela está obligada a someterse a reapreciaciones periódicas, para las que se obtiene información de los informes de progresos y de las visitas personales de un representante de la NLN.

A medida que la profesión vaya evolucionando, se desarrollarán niveles pedagógicos más altos por los miembros de la División de Enseñanza de

Enfermería de la NLN y, al propio tiempo, se proporcionará mayor oportunidad para flexibilidad y originalidad, con objeto de estimular una experimentación y una apreciación válidas. El proyecto entero sigue siendo un experimento democrático, iniciado y llevado a cabo por enfermeras, la participación en el cual es totalmente voluntaria. Este plan de acción cuidadosamente elaborado es preferible a cualquier otro que pudiera imponerse desde fuera.

ACREDITACION NACIONAL DE LOS HOSPITALES

Los hospitales, lo mismo que las escuelas de enfermería, buscan la acreditación, y en 1952 se constituyó una *Comisión Conjunta para la Acreditación de los Hospitales,* compuesta de representantes del Colegio Americano de Médicos, el Colegio Americano de Cirujanos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Americana. Las normas establecidas por la Comisión abarcan la construcción y los servicios de los hospitales, su administración y las actividades de su personal médico y su departamento de enfermería. La acreditación proporciona un distintivo de reconocimiento que los hospitales pueden exhibir, para demostrar que practican normas elevadas de atención de los pacientes.

Para ser acreditados por la Comisión, los hospitales han de estar construidos de modo que garanticen la seguridad y la comodidad de los pacientes y han de comprender las siguientes posibilidades básicas de servicio: dietético, registros médicos, farmacia, laboratorio clínico y servicios patológicos, radiología y biblioteca médica. El cuerpo directivo, cuyo representante principal es el administrador, es moral y legalmente responsable de un servicio eficaz ante los pacientes, la organización patrocinadora y la localidad.

El personal médico es responsable ante los pacientes y la administración de la calidad de la atención médica y de las prácticas éticas y profesionales de sus miembros. Han de celebrarse no menos de doce reuniones del personal médico al año, siendo el objetivo exclusivo de las mismas la mejora en la atención y el tratamiento de los pacientes del hospital. La atención de enfermería profesional ha de estar a disposición de todos los pacientes en todo momento.

La Comisión para la Acreditación de Hospitales presta una atención cuidadosa a la proporción entre las enfermeras graduadas y las trabajadoras auxiliares, así como entre aquellas y los pacientes. Por otra parte, el personal de enfermería ha de celebrar dos reuniones mensuales para el examen de problemas relacionados con la atención de enfermería de los pacientes y la administración de sus respectivos departamentos. Recientemente se formó un *Subcomité Conjunto de la ANA para la Acreditación de Hospitales,* compuesto de enfermeras eminentes, con el propósito de examinar los criterios corrientes de apreciación empleados en los hospitales para el estudio de los programas de servicio de enfermería y aconsejar, en su caso, las mejoras pertinentes.

Gracias a los esfuerzos incesantes de los médicos y las enfermeras individuales, de sus organizaciones representativas, del público y de los factores sociales contribuyentes, los hospitales se han convertido en un espejo de la conciencia higiénica de sus comunidades, con médicos y enfermeras cual asesores competentes interesados en la vida entera del individuo. A medida que va en aumento la importancia concedida al auxilio físico, mental y espiritual, crece asimismo la posibilidad de enseñanza higiénica para todos. El mundo de hoy trabaja cada vez más en vista de estos objetivos, llevando la eliminación de la ignorancia, la pobreza y las enfermedades cada día más cerca de la realización humana. Sin embargo, la fuerza de este movimiento depende de la abnegación de sus miembros.

Asociación para el progreso. Un importante esfuerzo para mejorar la atención hospitalaria de los pacientes fue iniciado en 1964 por la Asociación Americana de Hospitales y diversos

otros organismos y universidades, al disponerse la Fundación W. K. Kellogg a financiar un programa de cinco años destinado a mantener informado al personal del hospital de los desarrollos al día en el terreno de la salubridad. Esta nueva empresa educativa, la *Asociación para el Progreso,* se propone desarrollar un programa continuo de enseñanza para todos los grados de trabajadores de hospital, en un esfuerzo para mejorar y afinar su competencia. El programa deberá comprender proyectos que aumenten los conocimientos y la competencia de las enfermeras que trabajan en hospitales y otras instituciones afines de internamiento, proporcionen cursos por correspondencia a residentes o de extensión para administradoras de hospital, e inicien un proyecto experimental para la enseñanza y la práctica en curso de servicio de todo el personal hospitalario que interviene en la atención de enfermos.

AUGE DE LA PSIQUIATRIA

Dos guerras mundiales, basadas sobre todo en la destrucción en masa, inevitablemente habían de centrar la ayuda médica en la atención de pacientes de trastornos nerviosos y mentales. La revolución que siguió en el estudio de la mente humana ha devuelto la salud a muchos inválidos crónicos y ha reinstalado a criminales y otros forajidos sociales en sus legítimos lugares en la sociedad. Se han organizado programas de higiene mental y se han establecido en las grandes ciudades clínicas de orientación y asistencia psiquiátrica, todo lo cual contribuye a la paz y la tranquilidad de innumerables personas.

Programas nacionales de salubridad mental funcionan en diversos países, y en 1948 se creó la *Federación Mundial para la Salud Mental,* cuyos objetivos y propósitos se definen como sigue:

"Fomentar entre todos los pueblos y naciones el nivel más alto posible de salud mental, en sus aspectos biológico, médico, educativo y social más amplios.

"Colaborar con el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud, en todos los cuales la Federación ejerce el cargo de asesora".[7]

Los miembros de la Federación Mundial para la Salud Mental son principalmente sociedades "interesadas en alguna medida en el establecimiento y la conservación de una buena Salud Mental y de mejores Relaciones Humanas en el hogar, la comunidad, el Estado y entre naciones".[7] Las enfermeras pueden enorgullecerse legítimamente del hecho de que la ANA y el CIE sean dos de estas sociedades.

En los EE. UU., la aprobación de la Ley Nacional sobre la Salud Mental de 1946 fue seguida de una amplia expansión de servicios pedagógicos para equipar a personal competente en vista de la práctica de la psiquiatría preventiva en todos sus aspectos.

Medicina psicosomática. La práctica de la medicina psicosomática ha seguido la huella de la psiquiatría. Esta ciencia reconoce al cuerpo como un instrumento delicado que, a través del subconsciente, responde a todo lo que hay a su alrededor. Se ocupa del patrón entero de la vida cotidiana de todos los pacientes y los trata como organismos totales, con necesidades tanto mentales y espirituales como físicas. Se sabe que problemas de experiencias de la vida, a partir de la infancia, así como relaciones sociales contrariantes encontradas a lo largo de la vida suelen ser la causa de muchas enfermedades tanto físicas como mentales.

Se ha demostrado que muchos pacientes cobran ánimo y una ayuda substancial a través de su interpretación particular de la religión, y su pastor, cura o rabino se convierte en un elemento valioso del equipo de salubridad. Al contribuir a su éxito, la enfermera competente, de comprensión simpatizante por el poder saludable de todas las religiones, coopera con formas prescritas de tratamiento, ya sean éstas de carácter médico o quirúrgico, psicológico o espiritual.

[7] Carpeta de la Federación Mundial para la Salud Mental, 19 Manchester Street, Londres W. 1, Inglaterra.

EXPANSION DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION

Con objeto de atender las necesidades de posguerra de millares de hombres y mujeres afectados de incapacidades que les impedían ganarse la vida, el Programa Federal-Estatal de Rehabilitación fue ampliado primero en 1943 y luego nuevamente en 1954. Se añadieron al mismo amplios servicios de orientación vocacional, que incluían la colocación en empleos adecuados y un programa de revisión ulterior, para asegurar la satisfacción tanto del patrono como del empleado. Siguió el empleo por grandes compañías de millares de personas impedidas por enfermedad, accidente o condiciones congénitas.

Centros de rehabilitación, patrocinados por fondos públicos o privados o por unos y otros, se han establecido en todos los Estados y en Puerto Rico, requiriendo todos ellos los servicios de psicólogos, terapeutas del lenguaje, especialistas prostéticos, consejeros vocacionales y, especialmente, de médicos y enfermeras preparados. Son muchos los hospitales que están abriendo departamentos y clínicas de rehabilitación. En Canadá se abrió, en 1947, un Centro interesante y completo de Rehabilitación, de la Junta de Compensación de Trabajadores, en Malton, Ontario. Cubre una extensión de unas 12 hectáreas de terreno y cuenta con sus propios hospital, clínica, departamento de incendios, correo y teatro.

La rehabilitación se ha convertido en parte integrante de la atención total que constituye el tratamiento médico, considerado sólo como completo después que el individuo ha regresado a un empleo remunerador. En toda esta labor, las enfermeras se encuentran en una situación particularmente ventajosa para ayudar a resolver problemas emocionales y los que acompañan a las incapacidades, así como para fomentar aquel vigoroso deseo de recuperación tan necesario para el pleno retorno a la vida social.

FIG. 79. Harriet C. Lane, consejera de rehabilitación, asiste a un joven afectado de paraplejía parcial a hacer planes para el futuro. (Cortesía de *Liberty Mutual Rehabilitation Center.*)

Sugestiones para estudio

1) ¿En qué se diferenció la segunda guerra mundial de las anteriores y cuál fue el efecto de ello sobre la población civil?
2) ¿Cuáles enfermedades dominaron y cuáles progresos se realizaron en el tratamiento de éstas y otras enfermedades?
3) Al elaborar proyectos para proporcionar enfermeras para el servicio de guerra, ¿qué eslabón de enlace se creó entre la enfermería organizada y el gobierno federal?
4) ¿A través de cuáles organismos y por cuáles medios y maneras se consiguieron números cada vez mayores de enfermeras disponibles para el servicio de guerra y las necesidades civiles?
5) Dígase lo que se sepa a propósito de la enfermería industrial y del efecto que ejerció la guerra sobre la misma.
6) ¿Cuál gran organismo de auxilio se organizó durante la guerra para proporcionar asistencia inmediata a pueblos desamparados?
7) Hágase un esbozo de la estructura de las Naciones Unidas, sus órganos principales y sus servicios especializados, destacando aquellos relacionados íntimamente con la medicina y la enfermería.
8) Muéstrese en qué las relaciones del CIE con las Naciones Unidas difieren de las de la ANA.
9) Dígase lo que se sepa acerca de la Organización Mundial de la Salud.
10) Indíquense las razones de la escasez proseguida de enfermeras después de la segunda guerra mundial y los diversos medios empleados para superarla.
11) ¿Por qué ya no siguen los Servicios de Enfermería de la Cruz Roja Americana proporcionando una reserva de enfermeras para los Cuerpos de Enfermeras del Ejército y la Marina?
12) ¿Qué significa actualmente la posesión de una credencial de miembro y la insignia de los Servicios de Enfermería de la Cruz Roja Americana?
13) Explíquense las diferencias entre los socios y los objetivos de la Asociación Nacional para la Enseñanza y el Servicio de Enfermería Prácticos y la Federación Nacional de Enfermeras Prácticas Licenciadas.
14) a) ¿Cuáles tres grupos practicaron estudios detallados de la enfermería poco después de la terminación de la segunda guerra mundial? b) ¿Cuáles tres informes presentaron en 1948?
15) a) ¿Qué sabe la estudiante del Estudio de Datos Escolares de 1949? b) ¿Qué era la Clasificación Interina de Escuelas de Enfermería con Programas Básicos? c) ¿Qué hizo?
16) Explíquese el efecto de la Ley Hill-Burton sobre la escasez de enfermeras.
17) ¿Cuáles fueron los resultados y las recomendaciones de la Comisión para las Necesidades de la Nación en Materia de Salubridad nombrada por el Presidente Truman?
18) a) Expóngase la fundación del Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia de los EE. UU., con el Servicio de Salubridad cual uno de sus miembros. b) ¿En qué difiere el Servicio de Salubridad de los EE. UU. del servicio de salubridad que lo había precedido?
19) Nómbrense las cuatro Oficinas del Servicio de Salubridad de los EE. UU., indicando las tareas principales de cada una de ellas.
20) Dígase lo que se sepa acerca de los cambios de estructura de 1952 en las organizaciones de enfermería nacionales.
21) ¿Cómo es posible averiguar si una escuela de enfermería está actualmente acreditada o no en la NLN?
22) ¿Cuáles requisitos ha establecido la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales para que una institución obtenga el reconocimiento como hospital acreditado?
23) ¿Qué sabe la estudiante acerca de la Asociación para el Progreso?

24) ¿Cuáles dos ramas de la ciencia médica se han desarrollado grandemente desde la segunda guerra mundial?
25) ¿Qué sabe la estudiante de la Ley sobre la Salud Mental Nacional de los EE. UU. y de la Federación Mundial para la Salud Mental?
26) ¿Hay un Centro de Rehabilitación de las Industrias de Buena Voluntad, del Ejército de Salvación o de algún otro organismo de asistencia social cerca de donde reside la estudiante?

Bibliografía

Allan, W. Scott: Rehabilitation — A Comunity Challenge. Nueva York, John Wiley and Sons, Inc., 1958.

Brown, Esther Lucile: Nursing for the Future (Brown Report). Nueva York, Russell Sage Foundation, 1948.

Bureau of Labor Statistics: *The Economic Status of Registered Professional Nurses,* 1946 — 7. Bulletin no. 931. Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office, Washington, D.C., 20402.

Canadian Nurses' Association: *C.N.A. — The First Fifty Years* (folleto histórico) Ottawa, Canada, 1958.

Committee on Medicine and The Changing Order of the New York Academy of Medicine. Medicine in the Changing Order. New York, The Commonwealth Fund, 1947.

Committee on the Function of Nursing: A Program for the Nursing Profession. (Ginzberg Report). New York, The Macmillan Company, 1948.

Committee on the Nursing Problem: "The Murdock Report". *Journal of the AMA,* julio 3, 1948, pp. 878-879.

General Assembly of the U. N.: *Universal Declaration of Human Rights.* U. N. Dept. of Public Information, Lake Success, Nueva York.

Hume, Edward H.: Doctors Courageous. New York, Harper and Brothers, 1950.

ILO: Employment and Conditions of Work of Nurses. International Labor Organization, Geneva, Switzerland, 1960.

Joint Commission on Accreditation of Hospitals: *Standards for Hospital Accreditation* (folleto). Chicago, 535 North Deaborn St., 1956.

Morrissey, Alice B.: Rehabilitation Nursing. New York, G. P. Putnam's Sons, 1951.

Murdock, T. P.: "A Physician's Viewpoint." (Murdock Report). *American Journal of Nursing,* julio, 1949, p. 439.

Roberts, Mary M.: We Work for Peace throug Health." *American Journal of Nursing,* Dic., 1956, p. 1539.

U. N. Dept. of Public Information: Everyman's United Nations, 1945-1955. United Nations, Dept. of Public Information, New York, 1956.

West and Hawkins: Nursing Schools at the Mid-Century, Nat. Comm. for Improvement of Nursing Service, 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10019, 1950.

World Health Organization: The First Ten Years of the World Health Organization. WHO, Geneva, Switzerland, 1958.

Revistas

American Journal of Nursing, 10 Columbus Circle, Nueva York, N. Y. 10019.

American Journal of Sociology, University of Chicago Press, Chicago, Ill.

Journal of the American Medical Association, 535 N. Deaborn St., Chicago, Ill.

The Canadian Nurse, 1522 Sherbrooke St., West, Montreal 25, Canada.

UN Monthly Chronicle, Columbia University Press, 2960 Broadway, New York, N. Y. 10027.

WHO Newsletter, Division of Public Information, WHO, Geneva, Switzerland.

World Health. Columbia University Press, 2960 Broadway, New York, N. Y. 10027.

Capítulo 14

TENDENCIAS MODERNAS EN ENFERMERIA

ACTUALMENTE la práctica de la enfermería, al igual que las demás profesiones, se encuentra en el caso de tener que adaptarse continuamente a la fase de transición mayor y más rápida que la humanidad haya jamás experimentado anteriormente en la evolución de la sociedad. Un nuevo concepto de los derechos de los pueblos de todas las razas, religiones y niveles sociales a la libertad personal y a una parte equitativa de los elementos indispensables para la salud y la felicidad se ha convertido en un problema principal. La velocidad en los transportes, la facilidad de comunicaciones y la mezcla de poblaciones, todo ello contribuye al despertar de la conciencia a las posibilidades de un mundo pacífico en que cada ciudadano se beneficie de los bienes y los servicios que aquél esté en condiciones —depende de nosotros— de proporcionar.

Tenemos para representar a las enfermeras de los Estados Unidos de Norteamérica y guiarlas a través de un periodo crítico a nuestras dos organizaciones nacionales, la *American Nurses' Association* y la *National League for Nursing*, la primera dedicada a fomentar todas las fases del progreso profesional y del bienestar social y económico de las enfermeras registradas, y la segunda dedicada a favorecer, con la colaboración de representantes locales, altos niveles de eficiencia de todas las instituciones que ofrecen servicios de enfermería y programas educativos, ya sea en enfermería profesional o práctica. Las enfermeras del Canadá cuentan con una organización única, la *Canadian Nurses' Association*, que las representa a todas y defiende sus intereses.

ASOCIACION AMERICANA DE ENFERMERAS

La tarea de favorecer altos niveles de la práctica de enfermería y de promover el progreso profesional y educativo y el bienestar social y económico de las enfermeras corre a cargo de la *American Nurses' Association*, con el fin de que todo el mundo disponga de una mejor atención de enfermería. La *American Nurses' Association* es una federación de cincuenta y cuatro asociaciones estatales y territoriales, incluidas las de los cincuenta Estados, del Distrito de Columbia, de la Zona del Canal de Panamá, de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes. Cada una de éstas consta a su vez de asociaciones de distrito. La enfermera que ingresa en una asociación de distrito se hace también miembro automáticamente de la asociación estatal o territorial correspondiente y de la ANA (*American Nurses' Association*), en tanto que las enfermeras que residen fuera de los Estados Unidos pueden ingresar directamente en esta última.

La ANA consta exclusivamente de enfermeras registradas y está abierta a todas las graduadas de las escuelas de enfermería profesional reconocidas por el Estado. Pueden ser *socias activas* todas las enfermeras, y ser miembros asociados, con derechos limitados, las enfermeras que no se proponen ejercer

durante el año en curso. Cada una de las afiliadas a la ANA pertenece a una de las siguientes ocho secciones, seleccionada según el interés profesional o el área de práctica de la misma, a saber:

Sección de Administradoras Educativas, Consultantes y Maestras,
Sección de Enfermeras de Salubridad, con una subdivisión de Enfermeras de Escuela,
Sección de Enfermeras de Servicio General, con una subdivisión de Enfermeras Jefes,
Sección de Administradoras de Servicios de Enfermería,
Sección de Enfermeras de Oficina,
Sección de Enfermeras de Servicio Privado,
Sección de Consejeras, Secretarias ejecutivas y Archivadoras.

Con objeto de proporcionar un medio para la discusión de materias de estudio en conexión con intereses especiales, la ANA mantiene cinco *Grupos de Conferencias* que comprenden la Enfermería de Maternidad y Pediatría, la Enfermería de la Sala de Operaciones, la Práctica de Enfermería Psiquiátrica, la Práctica de Enfermería Geriátrica y la Enfermería Médico-Quirúrgica.

Las actividades de la ANA tienen lugar a través de sus diversos programas, para cinco de los cuales se han establecido *unidades* permanentes, integradas por miembros del personal. Cada unidad funciona con un comité permanente de enfermeras en diversos lugares del país, que han sido recomendadas por sus respectivas asociaciones estatales y nombradas por el Consejo de Directoras de la ANA. En el domicilio social de la ANA en la ciudad de Nueva York encuentran ocupación más de 100 empleados, incluidos especialistas en economía, administración de empresas, investigación y relaciones públicas, así como enfermeras. La ANA mantiene un contacto directo con todas las asociaciones estatales y de distrito y les presta diversas clases de servicios. Cada enfermera tiene ocasión de emitir su opinión, a través de la asociación de distrito, sobre todas las cuestiones en

FIG. 80. Jo Eleanor Elliot, Presidente de la ANA, en 1964. (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en *Convention Journal*, 19 de junio de 1964.)

estudio y de contribuir a programar las actividades futuras.

La Unidad Internacional de la Asociación de Enfermeras Americanas es la representación oficial de las enfermeras americanas en el Consejo Internacional de Enfermeras y dirige el Programa de Intercambio de Beneficios para Enfermeras del mismo, en los Estados Unidos. Apoya las Naciones Unidas y sus Organismos Especializados, el Instituto de Educación Internacional, el Organismo para el Desarrollo Internacional y otros grupos interesados en asuntos internacionales. Dirige el Programa de Intercambio de Visitantes del Departamento de Estado de los EE. UU. en lo que se relaciona con la enfermería.

La Unidad de Relaciones Públicas de la ANA actúa como portavoz nacional de las enfermeras y propaga materiales educativos e informativos entre ellas, entre los grupos profesionales y de salubridad afines, entre los organis-

mos estatales y entre el público, a través de diversos medios de comunicación. La *Unidad de Investigación y Estadística* dirige la investigación relacionada con diversos programas de la ANA, fomenta la investigación en la práctica de enfermería y está autorizada para otorgar becas para estudios de esta clase. Además, esta unidad mantiene una cámara de compensación para proyectos de investigación y estudios de enfermería y publica anualmente el manual llamado *Facts About Nursing*, resumen estadístico acerca de las enfermeras y la enfermería.

Considerando que las condiciones económicas y de empleo de las enfermeras afectan directamente la atención de los pacientes, la *Unidad de Seguridad Económica* de la ANA persigue mediante la acción de grupo y a través de sus asociaciones afiliadas la mejora de las condiciones materiales sociales y económicas de las enfermeras. La *Unidad de Convenciones* de la ANA prepara las reuniones bienales, selecciona los temas y los participantes de las sesiones generales y establece el calendario de los asuntos principales y de las reuniones, así como de los actos sociales principales. Esta unidad es la que prepara asimismo las exposiciones profesionales y comerciales de interés para los miembros.

Además de los programas llevados a cabo por las unidades de la ANA, el *Programa de Legislación* cuenta con oficinas y un personal de tiempo completo en Washington D. C., que mantiene a las enfermeras al corriente de la legislación propuesta y apoya la que parece favorable a las enfermeras, a la enfermería y a la salubridad de la nación. Se basa en las asociaciones estatales para el pronto apoyo de la legislación favorable, o para oponerse a la que parece perjudicial para los intereses de la enfermería.

El *Servicio de Asesoramiento Profesional y de Colocación* de la ANA, con sus veintidós oficinas, proporciona servicios gratuitos a los miembros de la ANA y a las instituciones que los emplean. Cada oficina estatal cuenta también con un consejero capacitado para ayudar en los problemas educativos y profesionales. A través de un sistema de referencia nacional, se proporciona información relacionada con la demanda y la oferta de servicios de enfermería en una vasta área, incluidas oportunidades para enfermeras en países extranjeros. Por medio de este PC & PS (*Professional Counseling and Placement Service*), la ANA contribuye al establecimiento de prácticas satisfactorias en relación con el personal y a la solución de los problemas del empleo. Su objeto está en conseguir la satisfacción del paciente y el hospital en la atención de enfermería y la de la enfermera en su trabajo.

Periódicos y convenciones de la ANA. El *American Journal of Nursing*, cuyo primer número apareció en octubre de 1900, es el órgano oficial de la *American Nurses' Association*. Se ocupa de los intereses y los problemas de las enfermeras y las mantiene al corriente de los nuevos progresos en los campos de la enseñanza y la práctica de la enfermería. Van apareciendo cada vez más artículos sobre temas de enfermería clínica, de un alcance y una profundidad susceptibles de interesar tanto a las practicantes generales como a las enfermeras especializadas. Publica las actividades de las asociaciones de distrito, estatales y nacionales, y trata también de las cuestiones internacionales. Una Página de la Estudiante está destinada especialmente a las estudiantes de enfermería y contiene por lo regular artículos escritos por éstas.

El *American Journal of Nursing* publica semestralmente, en los números de enero y agosto, un *Directorio* oficial de organizaciones internacionales, nacionales y estatales de enfermería, así como de las organizaciones gubernamentales que intervienen en la enfermería. En los números de mayo y noviembre se publican listas de las enfermeras de nuevo registro oficial. Además del *AJN*, la Asociación de Enfermeras Americanas publica y distribuye entre sus miembros un noticiario llamado *ANA en Revista* (*ANA in Review*).

La ANA celebra convenciones cada dos años, en los de número par. Cada asociación de enfermeras estatal celebra también convenciones anuales y publica por lo regular una revista o un boletín. Mediante estos instrumentos y otros modos de comunicación, se ofrece a los miembros de las profesiones de enfermería y afines la oportunidad de comunicarse unos con otros. Constituyen éstos los medios a cuyo través las personas interesadas intercambian ideas, discuten problemas, se enteran de los nuevos progresos y comparten el pensamiento progresista del día.

Servicio de películas de las ANA y NLN. Es ésta una empresa conjunta de las dos asociaciones nacionales principales, que mantienen una filmoteca de enfermería y salubridad, publican revistas de películas nuevas de interés para las enfermeras y contribuyen a la elaboración de películas y de tiras de película. Con frecuencia se exhiben

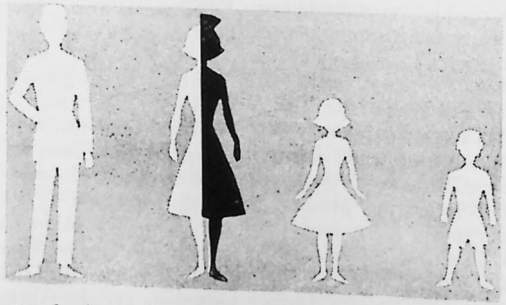


FIG. 81. Eufermera de tiempo parcial y ama de casa de tiempo entero. La enfermera de tiempo parcial "promedio" tiene marido y dos niños, uno de menos de 10 años. Cuenta entre 30 y 39 años de edad, es graduada de un programa de diploma y trabaja 20 horas por semana. (*American Journal of Nursing*, enero de 1964, p. 89.)

FIG. 82. Miriam Cole, directora del Programa Internacional de la ANA, da la bienvenida a la visitante internacional, Elizabeth Gaida, de Liberia, Africa Occidental, en la Convención de la ANA de 1964, en Atlantic City. (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en *Convention Journal*, 18 de junio de 1964.)

nuevas películas, en las convenciones nacionales, que pueden comprarse, o en ocasiones alquilarse, de la *ANA-NLN Film Library, 267 West 25th Street,* Nueva York, N. Y. 10001.

NATIONAL LEAGUE FOR NURSING
(Liga Nacional para la Enfermería)

Una diferencia principal entre la *American Nurses' Association* y la *National League for Nursing* es la de que esta última comprende entre sus miembros no sólo a enfermeras, sino también a personas y organismos legos. La NLN estimula a las municipalidades a estudiar sus propios problemas y recursos de enfermería, con objeto de establecer una buena base de mejora, y fomenta normas elevadas de servicios de enfermería y de enseñanza de enfermería *organizados* en todos los dominios. Fomenta asimismo la formación de Clubes de Futuras Enfermeras y anima por otros medios a las muchachas jóvenes apropiadas a escoger la enfermería como carrera.

Los miembros individuales de la NLN pueden ser enfermeras profesionales o practicantes, auxiliares de enfermera, hombres y mujeres de campos afines, o también personas legas que tengan interés en un buen servicio de enfermería. Las entidades afiliadas son los servicios de enfermería de hospitales y salubridad, y toda clase de instituciones que proporcionen programas didácticos en materia de enfermería. Al ingresar en una Liga local, la persona se convierte también automáticamente en miembro de las Ligas de Estado y nacional, en tanto que las entidades se afilian ingresando directamente en la asociación nacional.

A fines de 1964 las Ligas para la Enfermería se habían organizado en cuarenta y siete Estados y en el Distrito de Columbia, compuestas muchas de ellas de las ligas locales establecidas. Para mayor eficacia y mediante un esfuerzo cooperativo y la unión de recursos, se han designado tres Consejos Regionales por la NLN. Son éstos los de las Regiones Sur, Media-Occidental y Occidental.

Los intereses de todos los miembros están representados por dos Divisiones principales, subdivididas en departamentos, a uno de los cuales pertenece todo miembro individual o colectivo. Son estos los siguientes:

I. División de Servicios de Enfermería.
   - Departamento de Enfermería de Hospital
   - Departamento de Enfermería de Salubridad

II. División de Enseñanza de Enfermería
   - Departamento de Programas de Bachillerato y Grados superiores
   - Departamento de Programas de Diploma
   - Departamento de Programas de Grados Asociados
   - Departamento de Programas de Enfermería Práctica

Cada Departamento tiene un Comité de Orientación, elegido por sus miembros, para dirigirlo durante los periodos intermedios entre las convenciones bienales de la Liga Nacional para la Enfermería. Los Comités de Orientación de los Departamentos forman los Comités de Orientación de cada División. Con objeto de asegurar la coordinación entre las dos Divisiones, los Comités de Orientación están facultados para formar Consejos Departamentales de Entidades Afiliadas y Comités Interdivisionales de Grupos de Intereses Especiales, los primeros de los cuales constan de servicios de enfermería de hospitales y de salubridad pública y de instituciones que ofrecen programas de enseñanza en materia de enfermería, y los segundos compuestos de personas individuales. Actualmente, los Consejos Interdivisionales de Grupos de Intereses Especiales son como sigue: Enseñanza en Curso de Servicio, Enfermería de Maternidad y Pediatría, Enfermería de Salubridad del Trabajo, Enfermería de Psiquiatría y Salud Mental, e Investigación en materia de Enfermería, a uno de los cuales puede pertenecer todo miembro individual.

FIG. 83. La hora del té en el fondo de Shelburne: Anjna Malhotra de India; Arati Kerketta, de India, y Doreen Hayward, de Inglaterra, disfrutan de un refrigerio durante la Convención de la ANA en Atlanta City, en 1964. Figuraban entre 102 enfermeras de 28 países. (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en *Convention Journal,* 18 de junio de 1964.)

FIG. 84. Dos enfermeras refugiadas son asistidas por la Unidad Internacional de la ANA y observan una incubadora, con la comandante Lassiter. (Foto del Ejército Americano.)

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES IMPORTANTES

Están a disposición de todas las instituciones que proporcionan servicio y enseñanza de enfermería *Servicios de Consulta,* y asesores de cada División viajan por todo el país para ayudar. Un *Servicio de Valoración y Prueba* elabora y gradúa pruebas para su empleo en la selección y la orientación de las enfermeras en programas de enfermería; proporciona pruebas de competencia, para ayudar a las escuelas de enfermería tanto profesionales como prácticas a apreciar la eficacia de sus programas educativos, y dirige, en cooperación con Consejos Estatales de Enseñanza de Enfermería y Registro de Enfermeras, un Fondo de Pruebas del Consejo de Estado para el registro estatal tanto de aspirantes profesionales como prácticas.

Otro programa de la NLN, el *Servicio a las Ligas Estatales,* ayuda a las asociaciones miembros a coordinar sus actividades con las de la NLN, en los planos local o estatal. Además, existen *Servicios Consultivos* de la NLN para las áreas clínicas de enfermería de la tuberculosis y enfermería de psiquiatría y salud mental. Cada servicio proporciona asesores tanto a las escuelas de enfermería como a los organismos de salubridad, en un esfuerzo encaminado a mejorar la enseñanza de la enfermería y el servicio de la misma en estas áreas.

Un programa de *Acreditación de Escuelas de Enfermería* es llevado a cabo por la NLN, cual organismo oficial de acreditación de la enseñanza de enfermería, y los nombres de las personas que reúnen los requisitos especificados se publican en el *Nursing Outlook* y en otras partes. Si bien no es el mandatario legal del Estado para la acreditación, la acreditación de una escuela por la NLN constituye una indicación de su interés por un programa pedagógico superior. Actualmente está asimismo en vías de ejecución un programa de la NLN para la acreditación de las escuelas de enfermería práctica.

Los *Comités Especiales de la NLN* comprenden los de Carreras, Participación Comunal, Programa de Convenciones, Perspectivas y de Materiales de Fuente Histórica. El Comité de Carreras está bajo el patrocinio conjunto de la *American Medical Association,* la *American Hospital Association* y la *American Nurses' Association* y dirige un programa de reclutamiento nacional para interesar a candidatos calificadas a que ingresen en las escuelas de enfermería profesional y práctica. La labor del Comité corre principalmente a cargo de personal especializado que prepara y propaga una gran diversidad de literatura informativa, proporciona elementos de ayuda financiera tanto a estudiantes como a enfermeras registradas, y patrocina y organiza Clubes de Futuras Enfermeras en las escuelas secundarias. A fines de 1962 había efectivamente registrados 1500 clubes de esta clase, y el 17 de mayo de 1963 se celebró el primer *Día Nacional de los Clubes de Futuras Enfermeras,* en el que se expusieron programas especiales para informar a las localidades de las actividades en las carreras de salubridad.

El objeto del *Comité de Participación Comunal* está en cooperar con sus miembros legos en descubrir las necesidades de la comunidad en materia de salubridad y asistencia. El *Comité de Convenciones* funciona de modo similar al de la Unidad correspondiente de Convenciones de la ANA. El *Comité de Perspectivas* está compuesto de jefes nacionales en materia de enfermería y otros, cuyos intereses implican una investigación proseguida de los efectos de las amplias corrientes sociales y profesionales sobre la práctica de la enfermería, en respuesta a los cuales podrá acaso "ya sea recomendar una determinada acción o identificar problemas y temas en vista de un examen por el consejo".[1] Este grupo ha publicado recientemente un informe, *"Perspectives for Nursing".* El *Comité de Materiales de Enfermería de Fuente Histórica* insiste acerca de las asociaciones afiliadas para que busquen, reúnan y conserven material de enfermería

[1] NLN: *NLN Biennial Reports,* 1961-62, p. 17.

contemporáneo e histórico fidedigno que sirva de puente de la evolución pasada a los progresos futuros en enfermería.

Periódicos y Convenciones de la NLN. El *Nursing Outlook,* revista mensual publicada por primera vez en enero de 1953, es el órgano oficial de la Liga Nacional para la Enfermería, y tiene por objeto ayudar a las enfermeras a mantenerse a la altura de las tendencias y progresos en todos los campos de enfermería profesional. La *Nursing Research,* por su parte, publicada primero en 1952, es una revista trimestral patrocinada conjuntamente con la ANA, que proporciona información acerca de las actividades de investigación en curso. Además de *Nursing Outlook* y *Nursing Research,* la NLN publica y distribuye entre sus miembros una hoja llamada *NLN News* ("Noticiario NLN"). Las convenciones de la NLN se celebran cada dos años, en los de número impar, en diversas ciudades del país, a las que están invitadas por las asociaciones estatales.

Domicilios nacionales. Los domicilios nacionales tanto de la ANA como de la NLN, y además el de la NSNA, se encuentran en 10 Columbus Circle, Nueva York, N. Y. 10019. En 1961, la Liga abrió su primera oficina regional en San Francisco, California, y esta Oficina Occidental está en condiciones de prestar una ayuda más competente y directa a las Ligas estatales del Occidente de lo que fuera el caso anteriormente.

Más estudios relativos a la estructura. Desde la reorganización de la asociación Americana de Enfermeras, en 1952, y la fundación de la Liga para la Enfermería en el mismo año, la estructura de las dos organizaciones no se ha revelado como totalmente satisfactoria en todas sus relaciones, y muchos miembros han manifestado la necesidad de asistencia para hacer frente a problemas clínicos urgentes. En un esfuerzo para remediar la situación, se nombraron un *Comité de Estudio de las Funciones de la ANA* y un *Equipo de la NLN para la Estructura Orgánica* con objeto de revisar la estructura presente y de considerar todos los aspectos de la situación. Por consiguiente, cabe suponer que más cambios es-

FIG. 85. Jose Haigh y Elizabeth Beaton, de Inglaterra, y Francis Thompkins, Secretaria Ejecutiva de la NSNA, en la Noche del Uniforme, en la Convención de la NLN en Atlantic City, de 1963. (Del *American Journal of Nursing,* junio de 1963.)

tructurales habrán de producirse en un futuro próximo.

De cara al futuro. A partir de la segunda guerra mundial y como resultado de los rápidos avances científicos y tecnológicos, la enfermería ha ido cambiando constantemente en sus esfuerzos por satisfacer las diversas demandas del público en vista de servicios de enfermería adecuados. Admitiendo el hecho de que cabe esperar que los progresos científicos susceptibles de influir sobre la medicina y la enfermería se proseguirán por algún tiempo en el futuro, la ANA creó un *Comité de Objetivos Corrientes y a Largo Plazo,* para "señalar las modificaciones o las ampliaciones de los programas actuales en vista de cambios previsibles en las necesidades de las enfermeras y de la gente en materia de servicio de enfermería".[2]

Este Comité ha propuesto tres objetivos a largo plazo y, juntamente con cada uno de ellos, ha fijado "metas" o actividades concretas que han de haberse realizado para una fecha determinada. Los dos primeros objetivos fueron aceptados por la Casa de Delegados, o cuerpo votante, en la convención de la ANA, de 1958. El propósito del Objetivo I es el de "estimular los esfuerzos por parte de las enfermeras y de otros especialistas en vista de identificar y ampliar los principios científicos en que se basa la enfermería y estimular su estudio en relación con la aplicación de estos principios a la práctica de la enfermería".[3] El propósito del Objetivo II está en "crear medios, en la ANA, para permitir el reconocimiento de los resultados y los éxitos personales en materia de enfermería".[4]

El Objetivo III, que sólo fue adoptado por la Casa de Delegados *para estudio,* se propone "asegurar que en los próximos 20 a 30 años la enseñanza básica para la práctica profesional de la enfermería estará garantizada mediante un programa que proporcione los elementos intelectuales, técnicos y culturales de una enseñanza a la vez profesional y liberal. En vista de este objetivo, la ANA favorecerá el programa de bachillerato, de modo que con el tiempo éste se convierta en el fundamento educativo básico de la enfermería profesional".[5] Sobra decir que esto constituye un objetivo a muy largo plazo.

NATIONAL STUDENT NURSES' ASSOCIATION

("Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera" —NSNA.)

La organización formal de una Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera tuvo lugar en 1953, en la convención de la NLN en Cleveland, en la que se aprobaron sus estatutos y reglamento. La NSNA, que está patrocinada por el Consejo Coordinador de la ANA y la NLN, es una federación de cincuenta organizaciones de enfermeras en cuarenta y nueve Estados y el Distrito de Columbia, cada una de las cuales consta a su vez de asociaciones de distrito. Sus miembros son las estudiantes de escuelas profesionales de enfermería aprobadas por el Estado. Cuatro asesores, dos de los cuales representan al Consejo Coordinador de la ANA y la NLN, asisten en calidad de consejeros a los funcionarios y miembros de la asociación. Registrada separadamente en 1959, la NSNA tiene sus oficinas en *Coliseum Towers,* el edificio que alberga asimismo a la ANA y la NLN, en 10 Columbus Circle, Nueva York.

Los objetivos de la NSNA están en estimular el interés y la participación en la organización y el ejercicio de la enfermería; fomentar una mayor unidad entre las estudiantes de enfermera del país y del mundo; favorecer el civismo; promover la creación de asociaciones estatales y de distrito de estudiantes de enfermera, y servir de portavoz de las estudiantes. Se trata de una organización activa y en pleno desarrollo, cada convención anual de la cual revela participación y entusiasmo crecientes.

[2] *The Future of Education for Professional Practice,* opúsculo de la American Nurses Association, p. 17.

[3, 4, 5] *American Journal of Nursing,* marzo de 1962, p. 83.

FIG. 86. La NSNA es homenajeada por su *Proyecto de Taiwan* en el 25o. aniversario de la *Oficina Americana para la Ayuda Médica a China.* En el banquete, Dr. George E. Armstrong, presidente de la Oficina; Britt Gantt, presidente de la NSNA; Mary Dennesaites, ex presidente de la NSNA, y Su Excelencia T. F. Tsiang, embajador de Taiwan, hablan del objetivo de la sociación de estudiantes de reunir fondos para un nuevo dormitorio para las estudiantes de Taiwan. (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en ANA Review, primavera de 1963.)

Con ser una organización tan joven, las realizaciones de la NSNA son impresionantes. Su Comité Nacional de Reclutamiento presenta sugestiones a la NLN y a los Comités Estatales para Carreras de Enfermería en vista del reclutamiento de nuevas aspirantes a enfermeras. Se han elaborado un modelo de estatutos para uso de las asociaciones de estudiantes estatales y de distrito, y un proyecto para fomentar la mejora de las asociaciones en cuestión. El primer proyecto filantrópico emprendido por las estudiantes a escala nacional es el de reunir fondos para un nuevo dormitorio en el Centro Médico de la Defensa Nacional, en Taiwan. La campaña empezó en 1961, después de haber visto la tira de película "Viaje a Taiwan",[6] en las convenciones nacionales de la NSNA, de 1958 y 1961, que mostraba las condiciones de hacinamiento en que viven las estudiantes en el Centro. Dos años después, la NSNA anunciaba que el primer objetivo de 25 mil dólares había sido alcanzado. Se empezó la excavación para la nueva construcción el 17 de abril de 1964.

En 1960, la presidente, la vicepresidente y dos miembros activos de la NSNA asistieron a la Conferencia del Aniversario Aureo de la Casa Blanca, sobre los Niños y la Juventud, como delegadas nombradas por la ANA y la NLN. En 1961, la presidente y la secretaria ejecutiva de la NSNA visitaron Taiwan y el Centro Médico de la Defensa Nacional, en su viaje al Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras en Melbourne, Australia. Entre otros datos, informaron que en el dormitorio de las estudiantes las ca-

[6] Puede solicitarse a la Filmoteca de la ANA y la NLN, en 267 West 25th St., Nueva York, N. Y. 10001.

mas estaban en tres hileras superpuestas, hasta el techo, sin lugar alguno para la ropa o pupitres.

Periódicos y Convenciones. Las actividades de la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera se publican en la Página Estudiantil del *American Journal of Nursing* y en el espacio proporcionado en el *Nursing Outlook,* así como en el propio Noticiario de la NSNA, de publicación trimestral. En 1964, el *American Journal of Nursing* fue adoptado como periódico oficial de la NSNA.

Las reuniones de la NSNA se celebran anualmente, justamente antes o después de las convenciones de la ANA y la NLN, sus organizaciones patrocinadoras, y coinciden con ellas en uno o dos días, de modo que las estudiantes puedan unirse a las graduadas en alguna de las sesiones. El emblema oficial de la NSNA lleva la inscripción *"Non Nobis Sed Aliis"* ("No para nosotras, sino para los demás").

EL AMERICAN JOURNAL OF NURSING COMPANY

Trabaja al lado de las organizaciones de enfermería el *American Journal of Nursing Company,* creada dos años después de la publicación del primer número del *American Journal of Nursing.* Gracias a los esfuerzos de un grupo de enfermeras sobresalientes, capaces y previsoras, de la época, la sociedad se fundó sobre una sólida base como sociedad anónima no lucrativa, propiedad de la Asociación Americana de Enfermeras. Al principio, las acciones fueron compradas por enfermeras individuales y por grupos de enfermeras, siendo adquirida la primera acción por Linda Richards, "la primera enfermera profesional de América".

FIG. 87. Se abre el suelo para la construcción del dormitorio sufragado por la NSNA en Taiwan. Las primeras paletadas las efectuaron Lulu Wolf Hassenplug y el Dr. C. T. Loo, el 17 de abril de 1964, para el nuevo *dormitorio estudiantil,* en el *Centro Médico de la Defensa Nacional,* en Taipei, Taiwan. La Sra. Hassenplug, decano de la escuela de enfermería de la Universidad de California, en Los Angeles, participó en la ceremonia en calidad de *representante de la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera (NSNA)* de los EE. UU. El Dr. Loo es director del Centro Médico en cuestión. *(Am. J. of Nursing,* junio de 1964.)

Más adelante, al disponer de fondos, estas acciones fueron recobradas por la ANA, que es actualmente la sola propietaria.

Para mantener el paso con las necesidades de una profesión en progreso, los servicios de la Compañía del AJN fueron ampliados y abarcan ahora no sólo la publicación del *American Journal of Nursing,* órgano oficial de la ANA, sino también de *Nursing Outlook,* órgano oficial de la NLN, y de *Nursing Research,* patrocinada por la NLN y la ANA. Los tres periódicos son propiedad y están bajo el control de la profesión de la enfermería.

Cuando se dispone de fondos suficientes, se otorgan subvenciones a la *American Nurses' Foundation,* para contribuir a la investigación y ayudar en otros proyectos relacionados con la salubridad y la asistencia social. En la primavera de 1963, y luego nuevamente en 1964, la Compañía del *American Journal of Nursing* y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Boston patrocinaron conjuntamente talleres de trabajo de dos semanas cada uno, sobre los principios básicos de escribir para diversas publicaciones. Los dos cursos fueron frecuentados por unas treinta enfermeras de diversos Estados, muchas de las cuales eran maestras en programas de enfermería graduada y, entre las sesiones, completaban un proyecto de redacción encargado. Se pusieron a su disposición becas para la capacitación como enfermeras profesionales del Servicio de Salubridad de los Estados Unidos (USPHS).

LA ASOCIACION DE ENFERMERAS CANADIENSES

A continuación de un estudio extenso iniciado cuatro años antes, en la vigésima séptima convención bienal celebrada en 1954 en Banff, Alberta, por la Asociación de Enfermeras Canadienses se aprobaron grandes cambios en la estructura de esta organización. Asistían un gran número de enfermeras y un grupo de estudiantes, muchas de las cuales habían sido llevadas por trenes especiales a través de Canadá, de las provincias occidentales y centrales.

FIG. 88. Emblema de la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera de los Estados Unidos. (Cortesía de la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera.)

El Comité Ejecutivo de la CNA (*Canadian Nurses' Association*) se compone ahora de la presidente, la presidente inmediatamente anterior, tres vicepresidentes, las presidentes de las diez asociaciones provinciales, la presidente de la junta del periódico *The Canadian Nurse,* y cuatro representantes de las Hermandades de Enfermería. Debido a la gran proporción de enfermeras de habla francesa de la Provincia de Québec, ésta tiene dos representantes en el Comité Ejecutivo, una de lengua francesa y otra de lengua inglesa, pero con un solo voto.

Hay seis Comités Permanentes de la CNA, cada uno de los cuales se ocupa, dentro de los límites de sus actividades, de todos los campos del servicio de enfermería, y todos ellos tienen el propósito común de satisfacer las necesidades de enfermería de todo el mundo. Son los siguientes:

Enseñanza de Enfermería
Servicio de Enfermería
Relaciones Exteriores
Finanzas
Estatutos y Reglamento
Asistencia Social y Económica

Hay asimismo varios Comités Especiales, uno de los cuales, el *Comité de Asuntos de Enfermería,* fue creado por el Comité Ejecutivo en 1961 con el propósito de recomendar objetivos a perseguir dentro del marco y las funciones de la CNA en un determinado periodo de tiempo. Durante una reunión del Comité Ejecutivo de 1963, se pro-

FIG. 89. Isobel MacLeod, Presidente de la CNA, 1964. (Foto de Newton.)

puso por el Comité de Asuntos de Enfermería y fue aprobado por el Comité Ejecutivo el siguiente objetivo importante:

"La *Canadian Nurses' Association* concentra sus esfuerzos en la enseñanza de enfermería de tal modo, que dentro de diez años el servicio de enfermería de Canadá sea prestado por enfermeras que se hayan graduado en la universidad y escuelas de diploma, en la proporción de una por cada tres".[7]

Asociaciones provinciales. Las asociaciones provinciales de Canadá son autónomas, funcionando la CNA en gran parte como entidad asesora y proporcionando servicios de consulta al serle solicitados. La condición de socio de la CNA se adquiere mediante ingreso en una asociación provincial.

Domicilio nacional. La Asociación de Enfermeras Canadienses tiene su domicilio nacional en Ottawa, la capital del Canadá, en donde un equipo profesional de personal de tiempo completo y un numeroso personal de oficina asiste a la Directora Ejecutiva a llevar a cabo las actividades de representación de las enfermeras en el área nacional. La CNA está afiliada al Consejo Internacional de Enfermeras, así como a otra serie de organizaciones de salubridad nacionales e internacionales. *The Canadian Nurse,* publicado mensualmente, informa a las lectoras acerca de las actividades profesionales y de las corrientes y los progresos en enfermería. Las convenciones de la CNA se celebran cada dos años, en los de número par. Tiene concedido el Patrocinio de la Reina Isabel, con autorización para emplear las palabras, "Patrona — Su Majestad la Reina", en todos los impresos oficiales.

Inventario nacional. En 1963, todas las enfermeras de Canadá fueron invitadas por la CNA a proporcionar una información detallada sobre sí mismas, sirviéndose de un cuestionario especialmente elaborado al objeto, que apareció en *The Canadian Nurse,* y actualmente se está procediendo a un inventario que proporcionará extensa información acerca de las enfermeras sobre una base nacional, información susceptible de proporcionar datos sobre los recursos disponibles en materia de enfermería, constituyendo al propio tiempo un medio para alcanzar objetivos de enfermería en Canadá.

Canadian Nurses' Foundation. La creación de la *Canadian Nurses' Foundation* en 1962 constituyó un momento culminante de la trigésima primera convención nacional de la CNA, celebrada en Vancouver, Columbia Británica. Hecha posible por la *W. K. Kellogg Foundation,* su propósito consiste en proporcionar oportunidad a las enfermeras de prepararse, a los niveles de la maestría y el doctorado, para cargos de dirección, y para fines del año siguiente se había concedido ayuda financiera a diecinueve enfermeras para estudios de posgraduadas en Universidades canadienses y americanas. Los objetivos futuros de la CNF comprenden la concesión de becas para la investigación en las áreas del servicio de enfermería.

[7] The Canadian Nurse, mayo de 1963, p. 459.

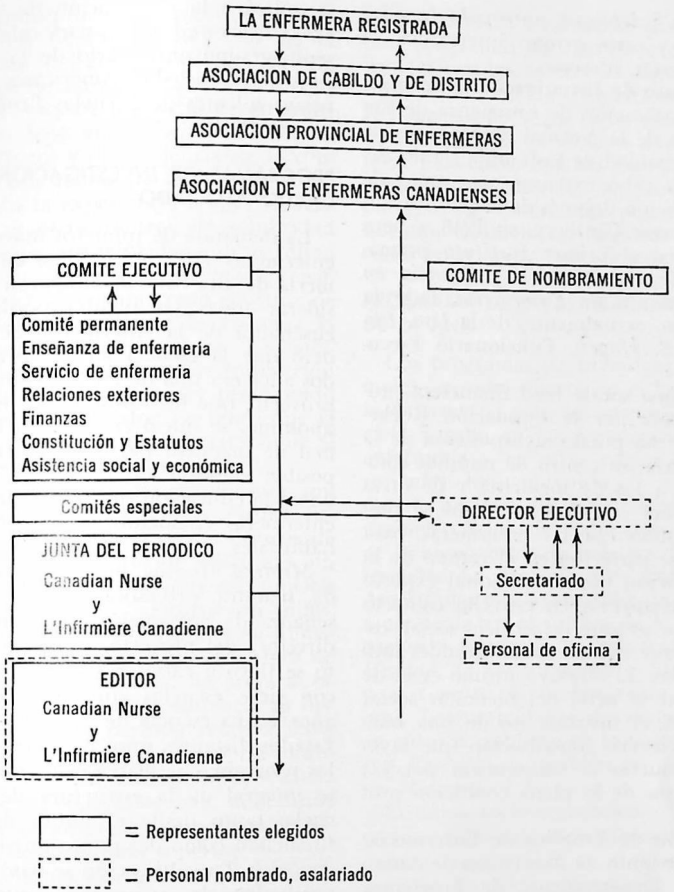


FIG. 90. Cuadro de organización de la CNA. (Adaptado de *"Nursing, Its History, Trends, Philosophy, Ethics and Ethos"*, de Thelma Pelley. W. B. Saunders Co., Philadelphia, Penna., 1964, p. 184.)

AMPLIACION DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION DE ENFERMERIA

Hasta hace pocos años, la investigación en materia de enfermería ha permanecido algo atrás de la de otras profesiones, pese a que las organizaciones nacionales la hubieran estado practicando por muchos años en algunas de sus áreas más críticas. Los estudios, tanto individuales como colectivos, se habían concentrado en gran parte en la ocupación de la enfermería y en sus aspectos administrativo y docente, más que en el estudio científico de diversas fases de la práctica de enfermería. Se produjeron cambios con los esfuerzos dirigidos a encontrar medios y maneras de aliviar la escasez de enfermería, a medida que las posibilidades susceptibles de alcanzarse mediante una investigación extensa se fueron haciendo cada vez más manifiestas. Actualmente, los estudios se llevan a cabo en todos los aspectos de la enfermería, con una insistencia creciente en la práctica clínica. Se recibe ayuda de so-

ciólogos, psicólogos, antropólogos, educadores y otros grupos interesados en el bienestar humano.

Instituto de Investigación y Servicio. El Departamento de Enseñanza de Enfermería de la Normal de Maestros de la Universidad de Columbia siguió llevando a cabo extensos programas de investigación después de la publicación del Informe Ginzberg, en 1948, y para 1953 creó el primer *Instituto* permanente *de Investigación y Servicio en la Enseñanza de Enfermería,* bajo la dirección, actualmente, de la *Dra. Elizabeth P. Hagen,* Funcionario Ejecutiva.

Con una sólida base financiera proporcionada por la Fundación Rockefeller, se ha puesto a disposición de la enfermería un centro de estudios comparable a los de medicina y de otras profesiones constituidas. Aquí se prepara también a las enfermeras para cargos de dirección en el campo de la investigación por un personal experto en sus técnicas y en estrecho contacto con otros sectores de servicio social, como los que existen en las grandes universidades. El objetivo último es el de aumentar el nivel del bienestar social mediante el instrumento de una buena enfermería, contribución que favorecerá mucho la consecución por las enfermeras de la plena condición profesional.

Cátedra de Estudios de Enfermería. Mientras tanto, la Asociación de Alumnos del Departamento de Enseñanza de Enfermería de la Normal de Maestros encabezó un movimiento encaminado a dotar la primera cátedra de estudios de enfermería y enseñanza de enfermería en honor de *Isabel Maitland Stewart,* en recompensa por sus numerosas contribuciones a la enfermería, incluido el desarrollo de la investigación organizada en el seno de la profesión. Aquí se puso una vez más de manifiesto su gran interés en el progreso de la enfermería mediante un legado de unos mil dólares, recibido de su hacienda por la NLN, para promover "el interés en el estudio de la historia de la enfermería".[8] Esta cantidad se aplicó a la publicación de *"Three Score Years and Ten",* para celebrar el septuagésimo aniversario de la fundación de la Sociedad Americana de Superintendentes de Escuelas Profesionales, en 1894.

PROGRAMAS DE INVESTIGACION DE GRADO ASOCIADO

La demanda de números mayores de enfermeras y de un servicio de enfermería de alta calidad obligaron a considerar todas las fuentes posibles de enseñanza de la enfermería. Se consideró que la escuela local superior de dos años era una de estas fuentes, y un proyecto, que hizo posible un donador anónimo, se inició en 1952 en la Normal de maestros para ver si era o no posible elaborar un programa centrado en la educación que preparara a las enfermeras en menos de los tres años habituales.

Mildred Montag, enfermera registrada, maestra, profesora auxiliar de enseñanza de enfermería, fue nombrada directora del proyecto, y el experimento se llevó a cabo en contacto directo con siete escuelas superiores de dos años y una escuela de hospital en seis Estados distantes unos de otros. Todos los programas se elaboraron como parte integral de la estructura de la escuela, tanto desde el punto de vista financiero como del punto de vista pedagógico. La calificación se basó en los resultados de exámenes controlados por el Estado, en las apreciaciones de los patronos y en las opiniones de las graduadas ellas mismas.

El proyecto quedó terminado en 1957 por el Instituto de Investigación y Servicio, habiéndose llegado a la conclusión de que un curso cuidadosamente preparado puede producir, en el marco del sistema de educación establecido, enfermeras bien preparadas en dos años. Por otra parte, semejante escuela es susceptible de dar impulso tanto a un movimiento de enseñanza de enfermería hacia institutos de enseñanza superiores como a una tendencia hacia la aplicación de fondos públicos a tal objeto.

[8] *Nursing Outlook,* abril de 1964, p. 6.

Un concepto totalmente nuevo de la enseñanza de enfermería, esto es, el programa de grado asociado, brinda un plan de estudios de enseñanza general y enseñanza especial de enfermería, con base en conocimientos biológicos, físicos y de la ciencia de la conducta. Los temas de enfermería comprendida la experiencia clínica en hospitales y otros centros de salubridad constituyen aproximadamente la mitad del curso. Toda vez que la experiencia clínica se cuenta como práctica de laboratorio, aquélla se le abona a la estudiante en consecuencia. La enseñanza en todas las áreas de instrucción general corre a cargo del profesorado de la escuela superior, en tanto que la del curso de enfermería corresponde al profesorado especializado.

La mayoría de las estudiantes son graduadas recientes de la escuela secundaria, pero en el grupo de más de treinta y cinco años de edad hay un número creciente de mujeres, muchas de ellas casadas, y algunas con niños. Se admite también a varones en números algo mayores que en otros tipos de escuelas de enfermería. Se atrae a estudiantes que desean completar su instrucción en un periodo relativamente breve de tiempo, en sus propias localidades y en una atmósfera de escuela superior. Todas ellas han de reunir, para su admisión, los requisitos de admisión de la escuela superior.

Al terminar el curso, se otorga a las estudiantes el título de Grado Asociado en Artes, y las alumnas graduadas están admitidas a los exámenes oficiales del Estado para obtener la licencia como enfermeras registradas. Tienen competencia para prestar atención calificada de enfermería a pacientes en empleos correspondientes. Para muchas, la enseñanza formal termina aquí, pero las que reúnen cualidades especiales pueden seguir en programas de bachillerato, de acuerdo con las normas particulares de la escuela en la que deseen ingresar.

Desde que se introdujo en 1952 el primer programa de grado asociado, se ha producido un aumento constante en su número y amplitud, y para fines de 1963 se habían establecido ya más de cien programas de esta clase en veintinueve estados, sostenidos algunos por subvenciones de la Fundación W. K. Kellogg. Ya no se los sigue considerando ahora como programas experimentales y, además, muchas escuelas superiores ofrecen ahora cursos para la preparación de enfermeras prácticas, conocidas también en algunos estados como enfermeras "vocacionales".

PROGRAMA DE INVESTIGACION DE LA ANA

Los programas de investigación formales son muy nuevos en el campo de la enfermería, pero los que se han llevado a cabo en las organizaciones de enfermería y en otras partes en años recientes han obtenido el reconocimiento nacional de la necesidad de un examen crítico de todos los aspectos de la enseñanza y la práctica de la enfermería. La Asociación de Enfermeras Americanas está avanzando ahora constantemente en el campo de la investigación a través de los esfuerzos de su *Unidad de Investigación y Estadística* y su *Comité de Investigación y Estudios.* Las actividades de investigación en curso se publican en la revista *Nursing Research,* y también en el *American Journal of Nursing.*

Estudios socio-económicos. Un proyecto de investigación de una envergadura considerable es el que se emprendió en 1946, cuando el Consejo Nacional de Enfermería[9] cooperó con la Oficina de Estadística del Trabajo, del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos en la dirección de un estudio socio-económico. Su objeto consistía en comparar las condiciones de trabajo y de vida de las enfermeras con las de mujeres en otras profesiones. La ANA, en su calidad de una de las organizaciones representadas en el Consejo Nacional de Enfermería, tomó una parte activa en el proyecto. Los hechos obtenidos mediante cuestionarios enviados a las enfermeras individuales y a través de entrevistas personales se pu-

[9] Sucesor de Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de la Guerra.

blicaron en un folleto, *The Economic Status of Registered Professional Nurses 1946-1947*, preparado por la Oficina de Estadística del Trabajo. Las cifras que figuran en el mismo indican que, si bien los salarios de las maestras de las escuelas urbanas eran mayores en aquel momento, los salarios promedio combinados de las maestras urbanas y rurales eran aproximadamente iguales a los de las enfermeras.

En 1956, otro estudio fue llevado a cabo por la Oficina de Estadísitca del Trabajo, esta vez para obtener información autorizada y al día en materia de ingresos y condiciones de empleo de todos los empleados de hospitales, incluidas las enfermeras, en aproximadamente veinte hospitales urbanos. Por algún tiempo, semejante estudio había sido solicitado por la ANA y las asociaciones estatales de enfermería, con objeto de que los datos obtenidos en esta forma pudieran servir para establecer normas mínimas de empleo, en un intento de favorecer los objetivos de seguridad económica para las enfermeras y de proporcionar cifras exactas para el Congreso, las legislaturas estatales y el público.

En 1960 se emprendió un tercer estudio socioeconómico por la Oficina de Estadística del Trabajo de los Estados Unidos, en quince zonas metropolitanas importantes esta vez, con objeto de obtener información acerca de las condiciones de empleo en los hospitales. Este estudio de prácticas comprendió a 350 mil empleados y abarcó diversos niveles de posiciones de enfermería, incluidos los de las enfermeras practicantes y de las ayudantes de enfermera, y examinó también, además de los salarios, las ventajas de salubridad y sociales. Si bien su condición económica había mejorado desde 1946, el estudio de 1960 indicó que las enfermeras no habían alcanzado un "nivel de compensación adecuado a sus requisitos de enseñanza y sus responsabilidades profesionales".[10]

Inventarios Nacionales. Otro proyecto de investigación de la ANA, llevado a cabo a través de su Unidad de Investigación y Estadística, es el que tiene por objeto practicar inventarios nacionales periódicos de todas las enfermeras registradas. Estudios de esta clase tuvieron lugar en 1948, 1951 y luego en 1957-58. Se establecieron en esta forma el número de enfermeras en servicio activo, su domicilio, edad, estado civil, campo de actividad y tipo de posición. La información relativa a las enfermeras registradas pero que no están en servicio activo resultaría útil en el caso de una situación crítica nacional.

En 1962, la ANA introdujo, de acuerdo con un contrato con el Servicio de Salubridad de los Estados Unidos, una nueva hoja impresa normalizada que habían de utilizar las enfermeras al solicitar o renovar sus licencias estatales. Terminado recientemente, este estudio constituirá tanto una valiosa fuente de información precisa a propósito de las posibilidades de la nación en materia de enfermería, como una apreciación de las necesidades en este dominio, en los planos estatal y nacional a la vez.

Estudios de Nursing F. S. & Q. La ANA dio su primer gran paso adelante en materia de investigación en 1950, cuando, a petición de las asociaciones estatales y de otros grupos, inició un programa de cinco años a escala nacional para Estudios de las Funciones, las Normas y las Calificaciones de la Enfermería para la Práctica (*Nursing Functions, Standards, and Qualifications for Practice, Nursing F. S. & Q.*). Si bien había en curso una serie de tales estudios entre las asociaciones de distrito y de estado, se convino, con todo, que un programa nacional para coordinar e interpretar estos esfuerzos era necesario. Se convino asimismo que la misión completa de determinar las funciones de las enfermeras en cada ocupación, sus cualidades para los diversos cargos y las normas deseables de la práctica de la enfermería correspondían a la profesión misma como corporación.

Se invitó a las enfermeras individuales a que participaran en discusiones

[10] *American Journal of Nursing*, mayo de 1961, p. 92.

del sujeto en sus respectivas secciones de distrito, estatales y de la ANA. En dicho momento se necesitaban de modo apremiante, por diversas razones, formulaciones que representaran un punto de vista nacional de todas las enfermeras. En efecto, los progresos en la ciencia médica creaban nuevas responsabilidades para las enfermeras; un público cada vez más consciente de la importancia de la salud pedía servicios de enfermería cada vez mejores, y la insistencia creciente en la prevención y la rehabilitación cual partes integrales de toda la atención médica y de enfermería hacía más necesario que nunca antes el que las enfermeras estuvieran preparadas para enseñar a los pacientes, sus familias y los grupos comunales. En la labor de rehabilitación, en particular, se había observado que las funciones de enfermería coincidían a veces con las de miembros de grupos médicos sindicalizados; por ej.: los terapeutas físicos, los empleados médicos de asistencia social, los terapeutas del trabajo y los asesores vocacionales.

Publicaciones de todos los estudios fueron revisadas y analizadas por la Unidad de Investigación y Estadística de la ANA. Resultados significativos y más bien congruentes revelaron grandes variaciones en la práctica de enfermería. Muchas enfermeras estaban tomando a su cargo tareas técnicas reservadas anteriormente a los médicos, en tanto que miembros auxiliares de equipos de enfermería prestaban a los pacientes una atención más directa.

Se hicieron llegar a las enfermeras y al público conclusiones finales del programa de F. S. & Q., a través de los números de julio, agosto y septiembre de 1954 del *American Journal of Nursing*, así como a través de la *Nursing Research* y de otros conductos. Siguió un informe completo en forma de libro, *"Twenty Thousand Nurses Tell Their Story"* ("Veinte mil enfermeras nos cuentan su historia"), de Hughes, Hughes y Deutscher, sociólogos que dirigieron el estudio.

Aplicación de las Conclusiones. Las conclusiones relativas a las funciones, las normas y las cualidades para la práctica de la enfermería representan objetivos que la profesión persigue. Proporcionan un criterio para la evaluación crítica de prácticas presentes, para la preparación de especificaciones para el empleo en diversas posiciones y para toda clase de programas de enseñanza para enfermeras. Se relacionan con las normas relativas a los salarios mínimos y las demás provisiones de las asociaciones estatales, y son indispensables en el caso de demanda judicial por abusos.

Sirviéndose de las conclusiones de las funciones cual autoridad principal, el Comité de Legislación de la ANA formuló, con la ayuda de abogados estatales, las definiciones legales de la enfermería tanto profesional como práctica. Estas definiciones fueron aprobadas por la Junta de Directores de la ANA y se recomendó su inclusión en los documentos estatales relativos a la práctica de la enfermería. Son como sigue:

> "La práctica de la enfermería profesional significa la ejecución, a cambio de retribución, de cualquier acto en la observación, atención y consejo de un enfermo, lesionado o inválido, o en la conservación de la salud o la prevención de enfermedad de otros, o en la vigilancia y la instrucción de otro personal, o en la administración de medicaciones y tratamientos prescritos por un médico o un dentista titulados, que requiera un juicio y una habilidad substanciales especializados, basados en aplicaciones de los principios de las ciencias biológicas, físicas y sociales. No debe entenderse que lo que precede incluya actos de diagnóstico o la prescripción de medidas terapéuticas o correctoras".
>
> "El ejercicio de la práctica de enfermería significa la ejecución, a cambio de retribución, de actos determinados en la atención de enfermos, lesionados o inválidos, bajo la dirección de una enfermera profesional registrada o de un médico o un dentista titulados, a condición que dicha ejecución no requiera juicio, habilidad y conocimientos substanciales especializados necesarios para el ejercicio de la enfermería profesional".[11]

Pese a que se hubieren realizado progresos considerables en la definición y la observación de las normas de la práctica de la enfermería, seguían aumentando las divergencias, con todo,

[11] *American Journal of Nursing*, julio de 1962, p. 72.

a medida que las enfermeras fueron asumiendo cada vez más funciones confiadas tradicionalmente a los médicos. La acumulación de problemas con los que se encontraban las enfermeras, profesional y legalmente, en la práctica, indujeron a la ANA a proponer la formación de comités de práctica profesional en las asociaciones estatales de enfermería. Después de aceptada la propuesta por la Casa de Delegados de la ANA en 1962, los nombres de todos los Comités de Funciones, Normas, y Calificaciones para la Práctica se cambiaron en *Comités de Práctica.*

Los nuevos Comités de Práctica se hicieron cargo de la tarea de seguir estudiando, interpretando y promoviendo la observación de funciones, normas y calificaciones para la práctica de la enfermería, así como de la del mantenimiento de normas legales, profesionales y éticas. Al propio tiempo, se constituyó un Comité de Práctica de Enfermería Interseccional de la ANA, para asistir a los comités estatales en sus tareas.

Plan para la Investigación de Enfermería. En un esfuerzo para progresar más rápidamente en el campo de la investigación de enfermería, las funciones del Comité de Investigación y Estudios de la ANA fue ampliado, en 1960, de modo que incluyera el estudio de los programas de investigación de las asociaciones, de la identificación de necesidades de investigación, y de maneras para estimular la investigación futura. Un *Plan para la Investigación en Enfermería,* publicado en 1962 por el Comité, traza las líneas generales de las áreas en las que se necesita la investigación actualmente y se necesitará en el futuro. Subraya la necesidad decisiva de más investigadoras entre las enfermeras, de una difusión mayor de los resultados de los estudios, y de la aplicación de los nuevos conocimientos a la atención de los enfermos.

A la lista original de temas que requieren estudio se ha añadido últimamente la necesidad del estudio histórico, con el enunciado de que: "Aquellos que no recuerdan el pasado se verán condenados a repetirlo. . .; hemos olvidado la gran importancia que otras profesiones, como las de medicina, derecho y pedagogía han atribuido a la historia, y la forma en que el conocimiento del pasado ha guiado e inspirado su movimiento de progreso".[12]

LA FUNDACION DE LAS ENFERMERAS AMERICANAS PARA LA INVESTIGACION

Otro gran paso adelante en el dominio de la investigación tuvo lugar en 1955, con la creación de la *Fundación de las Enfermeras Americanas (American Nurses' Foundation, Inc.).* En dicho momento se había hecho ya manifiesto que el interés por mejorar la práctica de la enfermería se extendía más allá de la profesión misma y que la investigación a su propósito se proseguiría muy adelante en lo futuro. La Fundación es una sociedad independiente creada por la Junta de Directores de la ANA, que son al propio tiempo los que la constituyen. La Junta de la Fundación se elige de ese grupo y comprende también a varios miembros no enfermeras, de mentalidad social progresista. Entre el personal de su domicilio, la Fundación cuenta con especialistas en ciencias sociales, técnicas de investigación y estadística.

La Fundación sostiene la investigación en materia de enfermería y patrocina algunos proyectos especiales. El terminar el programa de estudios del *Nursing F. S. & Q.* fue una de sus tareas inmediatas. La ANF está facultada asimismo para conceder subvenciones a hospitales y otras instituciones de enseñanza con fines de investigación. La Unidad de Investigación y Estadística de la ANA continúa su labor en áreas de interés más inmediato para las enfermeras mismas, como por ej., la averiguación de la carga didáctica adecuada para las instructoras y la fuente de pago apropiada para los costos de transporte de las enfermeras de salubridad. La ANF proporciona

[12] *"The Case for Historical Research"*, — Newton, *Nursing Research,* invierno de 1965, p. 20.

un medio financiero sólido de llevar a cabo programas que tienen implicaciones para el campo entero de la salud. Antes de su advenimiento, los fondos para la investigación provenían por completo de enfermeras, esperándose, en cambio, que el carácter permanente de la Fundación y su condición de exenta de impuestos atraerá el apoyo de grupos de fuera, toda vez que todas las actividades propuestas serán en interés del público en general y quedan al propio tiempo dentro de los objetivos de la ANA misma.

La primera contribución a la Fundación le vino de los Institutos Nacionales de Salubridad del Servicio de Salubridad de los EE. UU. (USPHS), en forma de una subvención generosa para un estudio de tres años de las relaciones entre el paciente y la enfermera y otros factores relacionados con la enfermería de salubridad en el área metropolitana de Nueva York-Nueva Jersey. Otra subvención vino de la Fundación Rockefeller para un Proyecto Internacional de Enfermería que incorporaba a enfermeras de los Estados Unidos al Programa de Intercambio de Visitas del Departamento de Estado de los EE. UU. Las entrevistas relativas a sus experiencias en hospitales americanos proporcionan una información que sirve de base para la mejora del programa.

En 1960, se emprendió a escala nacional una campaña destinada, con la ayuda de las asociaciones estatales y de distrito, a reunir fondos adicionales, de compañías mercantiles, organismos y fundaciones, así como de enfermeras y de amigos de la enfermería, para fines de investigación. La respuesta a este llamado pone a la Fundación en condiciones de proporcionar datos exactos de las necesidades de enfermería de importancia capital desde el punto de vista de la salud de una población en aumento.

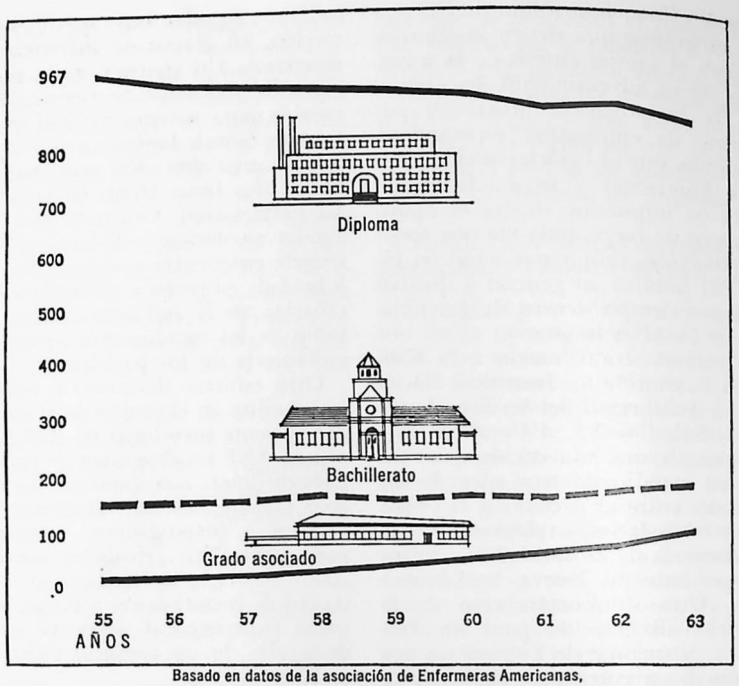
En 1962, la ANF estuvo en condiciones de conceder una subvención especial a la Universidad Cornell —Escuela de Enfermería del Hospital de Nueva York— para un estudio que tenía por objeto encontrar y estimular a estudiantes dotadas, con capacidad de dirección, en cargos de investigación y enseñanza. Un año más tarde, un proyecto de tres años de enseñanza proseguida para enfermeras graduadas en la Alta Nueva Inglaterra fue soportado por una donación generosa de la Fundación Irene Heinz Given y John La Porte Given. Esta tiene por objeto ayudar a enfermeras de hospitales, centros de enfermería y organismos de salubridad, así como a enfermeras domiciliarias, en la aplicación de los resultados de los estudios a la atención de enfermería de los pacientes.

Otro esfuerzo destinado a estimular los estudios en el campo de la atención del paciente tuvo lugar en 1963, al iniciar la ANF un *Programa de Pequeñas Subvenciones,* con fundamento en el cual puedan hacerse subvenciones moderadas a investigadores competentes para desarrollar actividades específicas, como tal vez la de verificar un instrumento de investigación o dirigir un estudio experimental necesario para el desarrollo de un proyecto especial de estudio.

Otro objetivo encontró realización cuando la Fundación de Enfermeras Americanas estuvo en condiciones de proporcionar, sobre una base permanente, un *Servicio de Extractos* para el periódico *Nursing Research.* En efecto, en cada número aparece ahora una sección titulada "Extractos", que da una relación abreviada de estudios pertinentes publicados con anterioridad en algún otro lugar. Además pueden obtenerse ahora dos series retrospectivas de "Extractos de Estudios de Enfermería de Salubridad, de 1924 a 1957", y "Extractos de Estudios de Enfermería, de 1955 a 1958".

PROGRAMAS DE ESTUDIO DE LA NLN

La Liga Nacional para la Enfermería participa en la investigación encaminada a proporcionar una cantidad adecuada de servicios de enfermería de primera calidad, mediante ajustes progresivos de la enseñanza de enfermería, con objeto de hacer frente a las necesidades de nuestra estructura social en pleno cambio. Proporciona informa-



Basado en datos de la asociación de Enfermeras Americanas, Facts About Nursing (1956-1963), eds. National League for Nursing.

FIG. 91. Número de programas de enfermería básicos. (*American Journal of Nursing*, mayo de 1964.)

ción estadística y de otra índole y promueve estudios con el propósito de conseguir objetivos perseguidos.

Un estudio importante llevado a cabo por el Comité del Futuro, de la NLN, consistió en calcular las necesidades futuras de servicios de enfermería, con objeto de proporcionar una base segura para el desarrollo de programas de enseñanza. Un informe de este estudio, publicado en el folleto *Nurses for a Growing Nation*, da una apreciación del número de enfermeras que se necesitarán para 1970. Este resultó ser de un 42 a 92 por 100 mayor que la proporción nacional de 258 enfermeras por cada 100 mil habitantes existentes en el momento del estudio.

Las predicciones se basaban en las tendencias pasadas y tenían en cuenta las demandas de una población en crecimiento y la mayor atención otorgada por ésta a todos los aspectos del cuidado de la salud. Se señalaba la necesidad de ampliación de los servicios escolares existentes, así como una revisión de los programas de enseñanza, recordando a las educadoras de enfermería que el objetivo ha de consistir tanto en la calidad como en la cantidad.

Servicio de Investigación y Estudios de la NLN. Las actividades de investigación de la Liga se reforzaron en 1959 con la creación del *Servicio de Investigación y Estudios*, establecido para proporcionar ayuda a sus diversos departamentos y servicios, para proseguir los estudios estadísticos anuales y periódicos de la práctica y la enseñanza de enfermería, y para emprender otros estudios especiales. Reviste gran importancia práctica el *Estudio del Costo de la Enseñanza de Enfermería*, soportado por una subvención

del Servicio de Salubridad de los E. U. Este proyecto debía determinar el costo de educar una estudiante de enfermería en cada uno de los tipos de programas de servicio previo, diploma, grado asociado en artes y bachillerato. La información publicada hasta el presente indica que los costos administrativos de las escuelas de diploma son los mayores, y el estudio de los demás programas sigue su curso.

Un estudio de extenso interés recientemente terminado es el de la *Prueba de un Instrumento de Evaluación de los Progresos en Enfermería*, del que se espera que resulte eficaz en la apreciación de las actividades clínicas. Al propio tiempo se ha desarrollado por parte del Departamento de Enfermería de Hospital de la NLN un expediente para la apreciación de la labor de la enfermera de hospital, con asistencia del Servicio de Investigación y Estudios.

La apreciación de la necesidad apremiante de proyectar servicios de atención para los pacientes a continuación de su permanencia en el hospital dio origen a un estudio de tres años, *Factors Influencing Continuity of Nursing Care*, patrocinado por la NLN y subvencionado por el USPHS, que examinó los proyectos en curso para la transferencia de los pacientes, una vez dados de alta en el hospital, a los servicios de salubridad pública. El personal del Instituto de Investigación y Servicio en materia de Enseñanza de Enfermería es el que dirigió el estudio y reunió información de aproximadamente 800 pacientes y el mismo número de empleados de salubridad en seis hospitales, tres de ellos en distritos metropolitanos y los otros tres en distritos no metropolitanos. Las conclusiones a las que se llegó pusieron claramente de manifiesto la necesidad de la prosecución de los servicios de enfermería una vez dados los pacientes de alta en el hospital.

Un *Consejo de Investigación en Enfermería*, de la NLN, constituido en 1961 a petición de los afiliados refleja el alto interés de las enfermeras y sus colaboradoras en la investigación y el estudio. Un Consejo Interdivisional, el CORN, proporciona a los socios la oportunidad de reunirse con miembros investigadores con el objeto tanto de intercambiar ideas y compartir conceptos, como de promover la investigación en diversos aspectos de la enfermería.

PROGRAMAS DE INVESTIGACION DE ENFERMERIA DEL USPHS

Percepción de la Estudiante de Enfermería. Un proyecto de estudio, emprendido por el USPHS, División de Enfermería, en 1958 tenía por objeto las relaciones de la enfermera con el paciente. Destinado a apreciar la capacidad de las estudiantes de enfermería en cuanto a reconocer las actitudes de los pacientes como reflejos de la atención de enfermería, este Estudio de la Percepción de las Actitudes del Paciente por la Enfermera[13] (*Study of Nurse Perception of Patient Attitudes*) fue llevado a cabo por un director, en correspondencia con el jefe del Departamento de Graduados de Psicología de la Universidad de Nueva York, y tres asistentes del último año de psicología clínica. Los participantes fueron 386 estudiantes del primero y el último años en cuatro escuelas de enfermería de diploma y en tres de bachillerato, y 290 pacientes médicos y quirúrgicos adultos, seleccionados por los estudiantes como los que mejor conocían.

Se empleó el método "de ficha" para apreciar el grado de acuerdo entre las percepciones de los pacientes y las estudiantes en tres áreas de la atención hospitalaria, esto es: en las del *Medio Ambiente Físico y Social*, de *Atención Física o Actividades*, y de *Información y Seguridad*. Se imprimieron 34 preguntas en las dos caras de unas tarjetas de 7.5 x 12.5 cm, una de las cuales había de servir para una prueba del tipo "Sí-No", y la otra para un prueba del tipo de "Importancia" relativa. La prueba del tipo Sí-No cubría las mismas áreas que la otra, pero se consideró finalmente que era menos segura. En relación, en cambio, con el tipo de

[13] Publicación No. 769 del *U. S. Public Health Service*.

la prueba de "Importancia", se dividió una caja de madera en cuatro secciones, cada una de ellas con una etiqueta y un color que correspondían a tarjetas o fichas para cuatro respuestas posibles, a saber: *muy importante, importante, menos importante* y *sin importancia*. Los pacientes y las estudiantes respondían a las mismas preguntas, y las estudiantes habían de actuar como si fueran pacientes ellas mismas.

En el área del Medio Ambiente Físico y Social, las respuestas que obtuvieron la mayor puntuación fueron las de "tener corridas las cortinas o cerrada la puerta cuando voy a bañarme o cuando los médicos me están examinando"; "que los médicos y las enfermeras hagan caso a lo que tengo que decir", y "tener a residentes e internos amables". En el área de la Atención Física o Actividades, las respuestas correspondientes fueron: "que me den las medicinas puntualmente"; "que las enfermeras terminen lo que están haciendo, y no anden entrando y saliendo continuamente"; "que se me permita dormir en la mañana a mi gusto", y "tener algo con qué ocuparme". Y finalmente, las respuestas relativas a Información y Seguridad que más destacaron fueron las de "saber cuál enfermera está dedicada a mi atención"; "saber cuánto tiempo permaneceré en el hospital"; "que el médico me diga la verdad acerca de mi enfermedad"; "saber que la enfermera vendrá si la necesito"; "que me visite el cura, el pastor o el rabino", y "estar libre de la preocupación de saber que las facturas se van amontonando durante mi enfermedad".

Otros resultados de interés para las educadoras y las administradoras de los servicios de enfermería comprendían una dificultad igual por parte de las estudiantes nuevas y las de los últimos años en cuanto a juzgar la importancia relativa para los pacientes de aspectos diversos de la atención hospitalaria. Las estudiantes juzgaron la habilidad de comunicación como más importante de lo que hicieron los pacientes, en tanto que éstos, en cambio, insistieron en preguntas relacionadas con la atención física y la necesidad de información y seguridad. Además de su utilidad para otros grupos tanto de empleados de hospital como de estudiantes, este estudio señala áreas en las que se necesita insistir más en los planes de estudios.

Estudio relativo a los niños prematuros. Un estudio importante, emprendido por el USPHS con la colaboración de las enfermeras del Bellevue Hospital, Nueva York, puso de manifiesto que la atención de enfermería puede medirse objetivamente. En efecto, la enfermera jefe de una unidad de prematuros había observado que los bebés propendían a culebrear hacia los lados de las incubadoras y las cunas, y se preguntó si necesitaban acaso un soporte dorsal y si semejante soporte contribuiría o no, en su caso, al aumento de peso, a facilitar el sueño, o afectaría en cualquier otra forma el desarrollo de los niños prematuros.

Con objeto de responder a estas preguntas, un grupo de 60 niños se dividió en dos grupos iguales, a uno de los cuales se le proporcionó un apoyo dorsal por medio de un pañal enrollado, en tanto que el otro grupo recibía la atención habitual. Se observó a los bebés diariamente por diez minutos, sin interrupción, por un periodo de 42 días registrándose cuidadosamente sus tipos de conducta vocal, corporal, de toma de alimentos y de dormir. Las conclusiones del estudio, terminado en 1961, indicaron que no se registró diferencia alguna que pudiera atribuirse al apoyo dorsal. Sin embargo, señaló la viabilidad del estudio de las funciones de la atención de enfermería para pacientes de todas las edades.

Por espacio de muchos años, el USPHS ha llevado a cabo estudios, por medio de su Centro de Investigación, los Institutos Nacionales de Salubridad, como parte de un programa destinado a encontrar maneras de satisfacer a las necesidades de la nación en relación con la salud.

UN ESTUDIO DE ESTUDIOS, DE YALE

En respuesta a la necesidad manifestada de una revisión completa y un

análisis de todos los estudios de enfermería efectuados durante los diez años anteriores, un estudio destinado a reunir, clasificar y apreciar estos materiales fue iniciado en 1953 por el Comité Nacional para la Mejora de los Servicios de Enfermería, patrocinado por la Universidad de Yale y financiado por el Servicio de Salubridad de los Estados Unidos. El título oficial de la empresa fue el de *A Survey and Assessment of Research in Nursing* ("Estudio y Valoración de la Investigación en Enfermería"), pero fue más conocida, popularmente, como "El Estudio de Yale" o como "Estudio de Estudios, de Yale".[14] Si bien podían obtenerse listas de tales estudios a través de la Unidad de Investigación y Estadística de la ANA y cierto número de ellas se había publicado en *Nursing Research* y *Nursing Outlook*, ninguna era, con todo, ni pretendía ser completa.

Figuraban entre los miembros del equipo de investigación de Yale tres sociólogos y *Virginia Henderson*, maestra de enfermería especializada en investigación, quien revisó periódicos, folletos y libros con información relativa a la investigación, así como muchas tesis y disertaciones de enfermeras al respecto, en programas de graduación, no publicadas. Las que estaban dedicadas a la investigación fueron interrogadas en relación con los estudios en curso y los tipos de investigación necesarias.

Un examen de los sujetos contenidos en el índice de Yale muestra que muy pocos estudios se habían efectuado con anterioridad a 1930, pese a que Florence Nightingale fuera una estadista experta, cuya investigación de los aspectos de salubridad civiles y militares condujo a reformas muy necesitadas. Son pocos, relativamente, los estudios que se han ocupado de los aspectos histórico, filosófico o cultural de la enfermería, pero cabe esperar que aumentarán con la importancia adquirida actualmente por las ciencias sociales. Constituye un gran mérito de los editores del *American Journal of Nursing* el haber estimulado la investigación biográfica, y debemos a las Sras. Adelaide Nutting, Lavinia L. Dock, Isabel M. Stewart y Mary M. Roberts sus valiosas contribuciones históricas.

Otra subvención del USPHS hizo posible la continuación del Estudio de Yale con proyectos para una serie de cuatro volúmenes, que ha de prepararse por el Personal del Indice de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, bajo la dirección de Virginia Henderson. En 1963, el volumen IV del "Indice de Estudios de Enfermería", abarcando los años 1957 a 1959, fue el primero en aparecer, en tanto que los volúmenes III, II y I, que comprenden el periodo de 1900 a 1957 seguían todavía en preparación.[15] Así, pues, una guía comentada de los estudios registrados, de los métodos de investigación y de los materiales históricos publicados, a la que se irán añadiendo suplementos, constituye la culminación de un estudio de la investigación en materia de enfermería, que se viene llevando a cabo desde hace diez años.

INFORME DEL GRUPO ASESOR DEL DIRECTOR GENERAL DE SALUBRIDAD

Entre tanto se hacía cada vez más claro que existía en el país una escasez alarmante de enfermeras calificadas y que esta escasez se proseguiría probablemente en el futuro. Si bien se había producido un aumento substancial en el número de las enfermeras en ejercicio, el aumento de la demanda en relación con sus servicios había sido mayor todavía. Los rápidos progresos de la ciencia médica, con nuevas y complicadas formas de diagnóstico y de tratamiento, habían creado la necesidad de enfermeras no sólo con conocimientos altamente especializados de los procedimientos técnicos, sino también con una base sólida de estudio de las ciencias biológicas y de la conducta. Si bien el alivio del estado inmediato del paciente constituye siempre la primera con-

[14] Citado en *"The Yearbook of Modern Nursing 1956"*, Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1956, p. 399.

[15] J. B. Lippincott Co., editores, Philadelphia, 1964.

FIG. 92. El presidente del grupo asesor, *Dr. Alvin C. Eurich,* vicepresidente de *The Fund For Advancement of Education,* de la *Fundación Ford,* y Sra. Judith G. Whitaker, directora ejecutiva de la ANA, miembro del *Grupo Asesor,* examinan un ejemplar del informe del Grupo. (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en *ANA in Review,* primavera de 1963.)

sideración, la capacidad de transmitir los conocimientos para la prevención de la enfermedad y para la rehabilitación forma asimismo una parte capital de las prácticas de la medicina y la enfermería.

En respuesta a una solicitud de la Asociación de Enfermeras Americanas de asistencia financiera del gobierno federal para crear y mejorar programas de enseñanza de enfermería, el *Presidente Kennedy* dijo en su mensaje sobre salubridad al Congreso, en 1961: "Nos proponemos establecer para la enfermería, como lo hemos hecho para la medicina y la odontología, una formulación de requisitos de necesidad y capacitación, y propuestas apropiadas serán sometidas al Congreso una vez terminadas".[16] A título de paso inicial en semejante programa, el presidente autorizó al Director General de Salubridad de los EE. UU. a que nombrara un *Grupo Asesor de Enfermería,* para informar de las necesidades de la profesión y señalar el papel apropiado del gobierno federal en cuanto a asegurar a la nación un servicio de enfermería adecuado.

En la primavera de 1961, el Grupo Asesor de Enfermería autorizado fue nombrado. Constaba de 24 miembros entre los que figuraban médicos, administradoras de hospital, educadoras, sociólogos y directivos de salubridad. Estaban representados asimismo el servicio de enfermería, la enseñanza de enfermería y las organizaciones de esta profesión. *Alvin C. Eurich,* doctor en Filosofía, vicepresidente del Fondo para el Progreso de la Enseñanza de la Fundación Ford, fue nombrado presidente. Formaba también parte del personal ejecutivo *Robert Merton,* doctor en Filosofía, director asociado de Investigación Social Aplicada, de la Universidad de Columbia y sociólogo consultor de la ANA. Se contaba con que el grupo efectuaría un estudio de la situación de enfermería y sometería un informe de resultados y recomendaciones para el 1º de enero de 1962, pero no fue hasta en febrero de 1963 que la información, tanto tiempo esperada, apareció en forma de un opúsculo de 73 páginas que tiene por título. *Toward Quality in Nursing-Needs and Goals.*[17]

En el Prefacio del informe figuran los siguientes enunciados: "En opinión del Grupo, la Nación se enfrenta a un problema difícil en cuanto a asegurar en los años por venir servicios adecuados de enfermería... Pero no bastará simplemente con aumentar nuestra reserva de enfermeras. Antes bien, la calidad ha de ser el objetivo constante de la educación, el servicio y la investigación, si la enfermería ha de satisfacer la parte de responsabilidad que le corresponde en el mantenimiento de la salud de la nación... En el juicio del Grupo Asesor, si se quiere resolver el problema de la enfermería, no hay más alternativa que la de la Ayuda Federal".

En el momento de la redacción del informe se calcula que había 550 mil enfermeras tituladas, 225 mil enfermeras practicantes, y 400 mil auxiliares de enfermera, ordenanzas y subalternos en los Estados Unidos. Durante el año precedente se había concedido licencia a unas 1 800 enfermeras extranjeras para ejercer en el país. Tres de cada cinco enfermeras graduadas y más de la mitad de todas las practicantes servían en empleos en hospitales, y el total de todas las personas empleadas por éstos formaba el grupo de trabajadores que por su número ocupaba el quinto lugar en la industria de los Estados Unidos.

El Grupo Asesor esbozó como objetivo asequible el de aumentar el número anual de graduadas de diploma, grado asociado y bachillerato, de 30 a 50 mil para 1969, lo que habrá de llevar el número de las enfermeras graduadas nacionales, para 1970, a 680 mil. El informe subrayaba asimismo la necesidad urgente de que el número de enfermeras de título académico fuera aumentado de 55 a 120 mil durante el mismo periodo.

La recomendación inicial en vista de la mejora de la situación se dirigía a las enfermeras mismas, como un llamado urgente de emprender un estudio completo del "actual sistema de la enseñanza de enfermería en relación con las responsabilidades y los grados de competencia requeridos para una atención de alta calidad de los pacientes".[18] En respuesta a esta recomendación, un estudio completo de la enseñanza de enfermería fue emprendido por una Comisión especial de la ANA y la NLN. Se formularon proyectos partiendo del supuesto de que un cuerpo autónomo tiene plena autoridad para efectuar un estudio completo con objeto de decidir la clase de sistema de enseñanza más adecuado para el futuro de la enfermería y los pasos necesarios para lograrlo. Los fondos para el estudio se solicitaron a fundaciones privadas y a organismos gubernamentales, y la Comisión habrá de publicar un informe final que se someterá a la consideración del público en general y de la profesión de la enfermería en particular.

Otras recomendaciones del Grupo Asesor versaban sobre la concesión de fondos federales para fomentar el reclutamiento en las escuelas de enfermería y sobre la asistencia a hospitales, escuelas superiores y universidades para que amplíen y mejoren la calidad de sus programas de enseñanza de enfermería. Otra recomendación fue la de proporcionar fondos federales como subvenciones de proyectos a las escuelas de enfermería para la experimentación con nuevos métodos mejorados de programas en curso de servicio, para enfermeras graduadas, para la capacitación en el curso del trabajo de las auxiliares de enfermera en los hospitales y las clínicas particulares, así como para la prosecución de programas de enseñanza para enfermeras graduadas.

Para ayudar a hacer frente a la necesidad urgente de directoras de enfermería, se recomendó que los programas federales de Capacitación de las Enfermeras Profesionales se aumentaran y extendieran, insistiendo más en

[16] *American Journal of Nursing,* julio de 1961, p. 28.

[17] Publicación No. 992 del USPHS; puede obtenerse del *Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office,* Washington, D. C. 20402; vale 50 cts. de dólar.

[18] *"Toward Quality in Nursing-Needs and Goals",* p. 34.

FIG. 93. Comité del Consejo Coordinador de la ANA y la NLN para elaborar proyectos para un Estudio Extenso de la Enseñanza de la Enfermería recomendado en *"Toward Quality in Nursing"* ("Hacia la calidad en Enfermería"). De izquierda a derecha, sentadas: Sras. Judith G. Whitaker, Inez Haynes, Lois M. Austin y Sra. Margaret B. Dolan. De pie: Rena E. Boyle, Sra. Margaret F. Carroll, la Hermana Maureen, Sra. Lucile Petry Leone, Sra. Minnie H. Walton, Jo Eleanor Elliot, Willeta Simonton (directora ejecutiva asociada de la ANA para las secciones, que no es miembro del comité) y Robert K. Merton. Falta William J. McGlothlin. (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en *ANA in Review*, otoño de 1963. Fotografía de Jules Geller.)

la ayuda en favor de las aspirantes al doctorado, en nuevos fondos para la preparación de enfermeras clínicas y para la preparación de bachillerato para las enfermeras registradas. A todo lo largo del Informe del Director General de Salubridad se insiste enérgicamente en la necesidad de programas de investigación en materia de enfermería.

La Ley de Capacitación de las Enfermeras, de 1964. Como resultado directo de las recomendaciones efectuadas en el informe del Grupo Asesor del Director General en Materia de Enfermería, titulado *"Toward Quality in Nursing"*, fue aprobado en 1964 por la Cámara de los Representantes y por el Senado, el proyecto de ley relativo a la Capacitación de las Enfermeras y se convirtió en ley aquel mismo año. La ley tiene por objeto eliminar una escasez permanente y grave de enfermeras, proporcionando fondos para la construcción de nuevas escuelas de enfermería y la modernización de las existentes; para ampliar y mejorar los programas de enseñanza; para extender el programa de capacitación para las enfermeras, y crear subvenciones para proyectos de reclutamiento y de préstamos a las estudiantes.

Los préstamos a las estudiantes han de limitarse a mil dólares al año, debiendo darse preferencia a las estudiantes de primer año. Han de reembolsarse en un periodo de diez años, empezando un año después de la graduación. Sin embargo, por cada año de empleo de tiempo entero se concederá un crédito del 10 por 100, hasta el 50 por 100 del préstamo original. El propósito está en formar 130 mil enfermeras más en un periodo de cinco años.

COMITE DE ENFERMERIA DE LA AMA

Un indicio prometedor de mejora de la calidad de la atención de los pacientes se produjo en 1959 con la creación de un *Comité de Enfermería de la AMA* por la Asociación Médica Americana. Este Comité consta de seis médicos nombrados anualmente por la Junta de Síndicos, y su programa se basa en los siguientes supuestos: "1) que las enfermeras ocupan una posición profesional separada y distinta y que sus contribuciones son las de cooperadoras; 2) que la enfermería puede esperar que la profesión médica apoye y respalde altas normas de enseñanza y servicio de enfermería, y 3) que cada uno de los diversos grados de resultados académicos y técnicos opera, en enfermería, su propia contribución única a la atención total de la salud del público".[19]

Los intereses y las actividades del Comité de Enfermería no tardaron en ampliarse y, con objeto de proporcionar un elemento coordinador central de las cuestiones de enfermería y de efectuar el enlace de las actividades entre las profesiones médica y de la enfermería en los planos nacional, estatal y local, se creó en 1960 el *Departamento de Enfermería* de la AMA. El Secretario del Comité actúa al propio tiempo como Director del Departamento, publicándose anualmente en el Diario de la Asociación Médica Americana un informe de las actividades. La secretaria y directora actual es *Florence Alexander*, R. N., Ph. D., que tiene el título de Maestra de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, y de Maestra de Ciencia en Enseñanza de Enfermería, así como el de doctora en Filosofía de la Universidad de Siracusa.

Por vez primera en la historia celebróse los días 13, 14 y 15 de febrero de 1964 en Williamsburg, Virginia, una Conferencia Nacional de Enfermeras Profesionales y Médicos. Los temas discutidos comprendían el cambio de los patrones de las prácticas médica y de enfermería, consideraciones éticas en las prácticas de la medicina y la enfermería, y las consecuencias legales de cambiar los patrones de la práctica.

[19] J. A. M. A., 4 de agosto de 1962, p. 430; AJN, noviembre de 1962, p. 44.

Sugestiones para estudio

1) Hágase un esbozo relativo de los socios, las secciones y los grupos de conferencia de la ANA. Examínense diversos programas de la ANA y muéstrese el objetivo último que todos ellos persiguen.
2) ¿A cuál sección de la ANA espera la estudiante pertenecer después de su graduación? ¿Cómo ingresará la estudiante en la ANA?
3) Examínense los Servicios de Asesoramiento y Colocación Profesionales de la ANA e indíquense algunas de sus ventajas para las enfermeras profesionales.
4) Dígase algo acerca de la Compañía del *American Journal of Nursing* y de sus actividades corrientes.
5) Compárense los objetivos y los socios tanto de la ANA como de la NLN.
6) Hágase un esquema que ilustre la estructura presente de la ANA. De la NLN.
7) ¿A cuál de las dos divisiones y de los seis departamentos de la NLN espera pertenecer la estudiante una vez graduada? ¿Cómo ingresará en ellos?
8) Examínense diversas actividades de la NLN.
9) ¿Cómo se mantienen los socios de la ANA y la NLN al corriente de las actividades de éstas y participan en las mismas?
10) ¿Cuáles recomendaciones de reestructuración se hicieron en la convención bienal de 1964, de la ANA, y fueron publicadas en el artículo *"Nurses Convene"* ("Las enfermeras se reúnen"), en el *American Journal of Nursing*, de julio de 1964, p. 83? ¿Qué opinan de los cambios propuestos las enfermeras de la localidad de la estudiante?

11) Se sugiere que la clase asista a una asamblea de la Asociación de Distrito local de la ANA y luego a una del área local de la NLN y las examine luego en relación con la orden del día, el temario y la participación de los socios.
12) Expónganse la estructura y las funciones de la Asociación de Enfermeras Canadienses. ¿Cuándo se creó la Fundación de Enfermeras Canadienses y cuál era su propósito?
13) ¿Cuáles son los fines de la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermería? ¿Quién es su presidente? ¿Quién es la presidente de la Asociación de Estudiantes de Enfermería del Estado de la estudiante?
14) ¿A cuáles actividades se dedican actualmente las asociaciones nacional, estatal y local de la estudiante?
15) ¿Cuál es el órgano oficial de prensa de la NSNA y cuáles son los requisitos para la publicación en él de un artículo? ¿Tiene la estudiante interés en escribir para su periódico profesional?
16) Explíquese el significado y el objeto de la investigación. Examínense el significado de los Estudios de las Funciones, las Normas y los Requisitos de la Enfermería para la Práctica de la ANA.
17) Descríbanse algunos de los proyectos de investigación en curso, de la ANA.
18) ¿En qué difieren las funciones de la Fundación de Enfermeras Americanas para la Investigación y las de la Unidad de Investigación y Estadística de la ANA?
19) Díganse las funciones del Servicio de Investigación y Estudios de la NLN, y expónganse algunos de sus proyectos de estudio en curso.
20) Expónganse diversos proyectos de estudio apoyados por la USPHS.
21) Sobre la base de la experiencia de enfermería de la estudiante, señale ésta diversos problemas de enfermería dignos de proyectos de estudio.
22) ¿Cuáles eran los objetivos y fueron los resultados del Estudio de Estudios, de Yale?
23) Sobre la base de sus conocimientos de los programas de servicio previo de enfermería, ¿puede la estudiante explicar cada uno de sus tipos a los miembros de Clubes de Futuras Enfermeras?
24) ¿Cuáles circunstancias condujeron al nombramiento del Grupo Asesor de Enfermería de la Dirección General de Salubridad? ¿Quién efectuó el nombramiento en cuestión?
25) ¿Cuáles recomendaciones principales destacan en el informe del Grupo Asesor, llamado "Hacia una Enfermería de Calidad — Necesidades y Objetivos", que publicó el USPHS en 1963?
26) ¿Qué es la Ley de la Preparación Profesional de las Enfermeras, de 1964? ¿Cuáles son sus disposiciones más importantes?
27) Diga la estudiante lo que sepa acerca del Comité de Enfermería de la AMA. ¿En qué forma cree la estudiante que esto pueda afectar la atención de los pacientes?

Bibliografía

American Nurses' Association: Facts About Nursing. Revised annually by the ANA Research and Statistics Unit.

Dolan, Josephine A.: Goodnaw's History of Nursing. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1963.

Frank, Sister Charles Marie: The Historical Development of Nursing. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1959.

Hughes, Hughes, and Deutscher: Twenty Thousand Nurses Tell Their Story. Philadelphia and Montreal, J. B. Lippincott Co., 1958.

Kelly, Cordelia M.: Dimensions of Professional Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1962.

McKenna, Frances M.: Thresholds to Professional Nursing Practice. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1960.

Meyer and Heidgerkin: Introduction to Research in Nursing. Philadelphia and Montreal, J. B. Lippincott Co., 1962.

Montag, Mildred L.: Community College Education in Nursing. New York, McGraw-Hill Book Co., 1959.

Morison, Luella J.: Steppingstones to Professional Nursing. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1965.

Rogers, Martha E.: Educational Revolution in Nursing. Nueva York, The Macmillan Co., 1961.

Sanner, Margaret C.: Trends and Professional Adjustments in Nursing, Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1962.

Shryock, Richard H.: The History of Nursing. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1959.

Spalding and Notter: Professional Nursing: Foundations, Perspectives, and Relationships. Philadelphia and Montreal, J. B. Lippincott Co., 1965.

U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Washington, D. C. Toward Quality in Nursing—Needs and Goals. Public Health Service Publication No. 992, 1962.

Vaillot, Sister Madeleine Clemence: Commitment to Nursing. Philadelphia and Montreal, J. B. Lippincott Co., 1962.

AMERICAN JOURNAL OF NURSING

"The Functions of the Professional Association" — Merton. Enero, 1958, p. 50.

"The Professional Status of Nursing" — Bixler and Bixler, Agosto, 1959, p. 1142.

"Nursing Research — Its Evolution" — Mc Manus. Abril, 1961, p. 76.

"Today and Tomorrow in Nursing Research" — McManus. Mayo, 1961, p. 68.

"Current Actions Indicate Changes Ahead," Septiembre, 1961, p. 73.

"Putting Our Own House in Order" — Dolan. Diciembre, 1962, p. 76.

"Technical Education in Nursing" — Montag. Mayo, 1963, p. 100.

"Changing ANA to Meet Changing Needs. Parts I, II, III." — Powell. Marzo, Abril, Mayo, 1964, pp. 111, 113, 117.

"Standards for Organized Nursing Services," Marzo, 1965, p. 76.

NURSING OUTLOOK

"Nationwide Hunt for Nursing's Historical Treasures" — Goostray, Enero, 1965, p. 26.

"NLN at Ten" — Haynes. Jun., 1962, p. 372.

NURSING RESEARCH

"What is Research" —Bixler. Junio, 1952, p. 7.

Capítulo 15

CARRERAS DE ENFERMERIA GRADUADAS

La enfermera graduada de nuestros días se enfrenta a una sociedad en rápida evolución en la que la adaptación continua a circunstancias y actitudes cambiantes se ha convertido en necesidad. Progresos sin precedente de las ciencias médica y sociales, el desarrollo de la tecnología, la explosión de los conocimientos, cambios de población, y un público consciente de la importancia de la salud, que formula demandas crecientes de servicios de salubridad de toda clase, todo ello ha ampliado considerablemente las tareas de los médicos y las enfermeras. La enfermería abarca ahora la prevención de la enfermedad y de la incapacidad, el fomento de la salud y la rehabilitación, juntamente con la atención de los enfermos, y comprende tanto la enseñanza, el consejo y el apoyo espiritual y emocional, como los aspectos materiales de la atención de enfermería.

Al propio tiempo se prosigue una expansión de los servicios de la salud fuera del hospital, en la que se prevén la atención a domicilio de los enfermos crónicos y la del paciente grave de una enfermedad breve. Mientras tanto, el advenimiento de la especialista de enfermería clínica cual practicante competente y conocimientos avanzados en un determinado dominio representan una influencia importante en la mejora de las prácticas de la enfermería, y también el retorno de la enfermería experta al lado de la cama.

OPORTUNIDADES DE CARRERA

En términos generales, todas las oportunidades de enfermería tienen lugar en dos áreas: el *Servicio de Enfermería* y la *Enseñanza de Enfermería*. El campo del servicio de enfermería abarca no sólo la atención de pacientes en hospitales, casas de salud, clínicas y servicios de salubridad pública, sino también la que proporcionan la organización industrial, los consultorios de los médicos y otros medios. El campo de la enseñanza de enfermería, por su parte, comprende diversos cargos pedagógicos, con programas prácticos y básicos de escuelas de enfermería, programas de enseñanza en curso de servicio, y los que se dan para estudiantes graduadas en colegios y universidades. En ambos campos hay cargos de diversos grados, los más elevados de los cuales requieren mayores preparación, experiencia y competencia personal, así como el dominio de tareas más amplias.

En el campo del servicio de enfermería, la enfermera registrada encontrará empleo como enfermera de hospital, en los centros de salud, en la práctica privada, como enfermera de consultorio y en los servicios gubernamentales, en cada uno de los cuales puede ingresar sin otra preparación complementaria. Y si existe en la enfermera el propósito de especializarse en cualquiera de las áreas clínicas, una diversidad de oportunidades se presentarán espontáneamente, porque se produce una demanda creciente de enfermeras especializadas en los dominios de maternidad y pediatría, psiquiatría, geriatría, así como en el campo de la enfermería medicoquirúrgica. Se necesitan enfermeras asimismo en programas de salubridad

y de enfermedades crónicas, y también en los dominios crecientes de la rehabilitación y de los estudios de enfermería.

Enfermería de hospital. El número mayor de las enfermeras registradas están empleadas en los hospitales como personal de enfermería para prestar una atención competente junto a la cama, y por lo regular pueden escoger el departamento más adecuado a sus intereses clínicos y su competencia profesional. Algunas practicantes, muy competentes en el empleo de equipo técnico complicado preferirán acaso

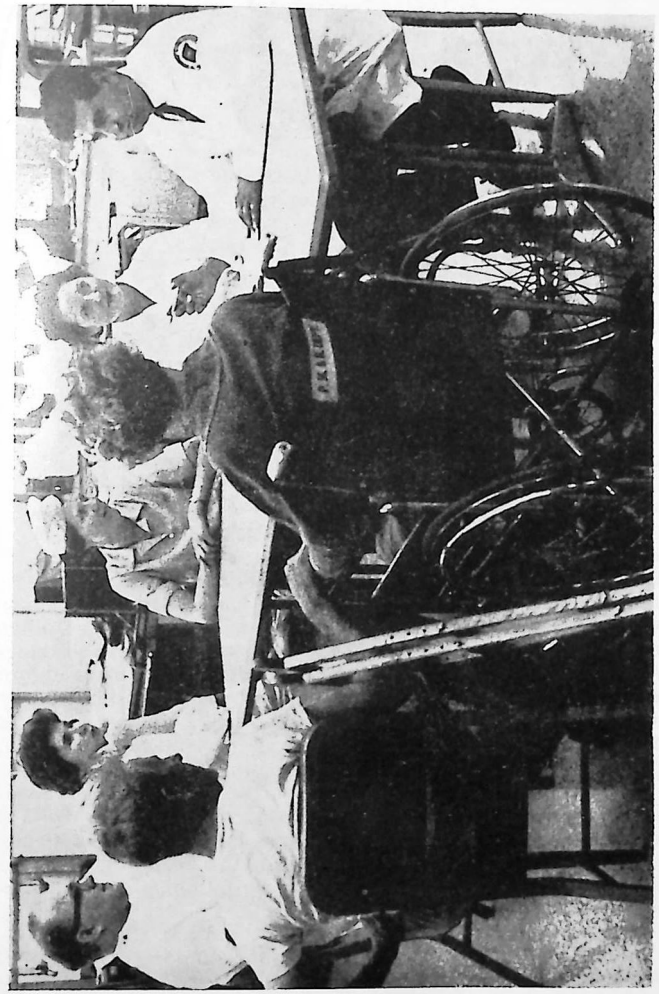
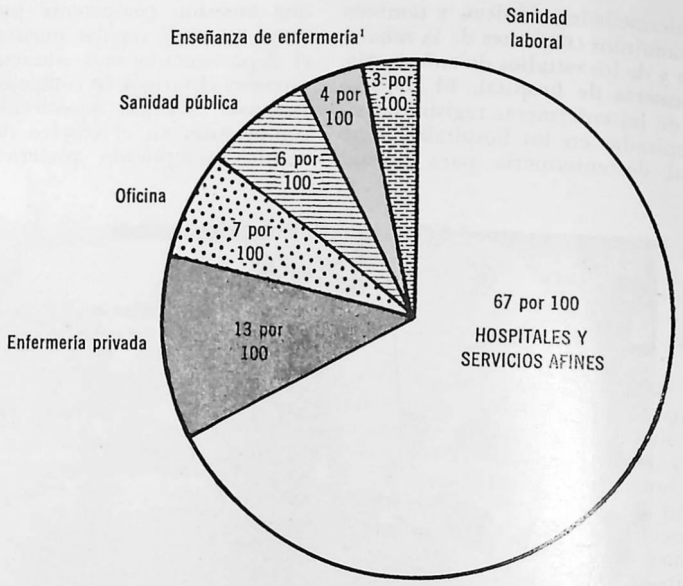


Fig. 94. El programa de atención domiciliaria, en curso de ampliación, requiere una planeación concertada. Aquí, un equipo hospitalario formado por un fisioterapeuta, un terapeuta laboral, una enfermera visitadora, una enfermera de hospital y un fisiatra aconseja a una paciente de ataque de apoplejía y a su esposo en vista de la atención proseguida en el hogar. (*American Journal of Nursing*, mayo de 1964.)



¹Comprende la enseñanza de la enfermería profesional y práctica

Fuente: Basado en cálculos de la ANA, NLN y el servicio de Sanidad Pública de EE. UU.

Preparado por la ANA, Unidad de Investigación y Estadística. 1963

FIG. 95. Enfermeras profesionales empleadas en los Estados Unidos, en 1962. (*Facts about Nursing*, 1962-1963.)

una unidad de atención intensa, en tanto que otras, a las que gusta la enseñanza y la rehabilitación de los pacientes, escogerán una unidad de atención mínima. Con el desarrollo de los programas de atención domiciliaria, las enfermeras de hospital se están convirtiendo en miembros prominentes de los equipos de hospital que se esfuerzan por hacer que la continuidad de la atención sea una realidad. Algunas se hacen jefes de equipo, las cuales, además de la atención directa de los pacientes, tienen a su cargo la vigilancia y la enseñanza de las demás en las técnicas de los servicios curativos, preventivos y de rehabilitación.

Con objeto de ayudar a las enfermeras de su personal a mantenerse al paso de la enfermería y a progresar profesionalmente, los hospitales y otros grupos proporcionan diversas oportunidades de enseñanza, incluidos programas de instrucción intensa en curso de servicio y de enseñanza avanzada, y en algunos casos pueden obtenerse becas en escuelas y universidades locales.

Práctica privada. Las enfermeras de servicio privado están empleadas, en cuanto contratantes independientes, por el paciente o su familia, con el propósito de proporcionar una atención competente, generalmente a un solo paciente. En la mayoría de los casos, se las consigue por medio del Registro Oficial de Enfermeras local, dirigido en las tareas de empleo por el Comité de Práctica de la ANA. Actualmente, muchas enfermeras de servicio privado están preparadas en áreas clínicas específicas, sobre todo en las enfermerías especializadas de cardiología, neurología, rehabilitación y cáncer, toda vez que la práctica privada sigue sus propias tendencias de especialización. En un esfuerzo por mejorar su

competencia en vista de un mayor servicio, las enfermeras asisten en números crecientes a talleres, institutos y seminarios.

Enfermería de consultorio. Actualmente, este dominio es el tercero en importancia en el campo de la enfermería. Empleadas por un médico o dentista, o por varios médicos o dentistas en un consultorio común, las enfermeras de consultorio ejercen una gran diversidad de funciones que a menudo comprenden algunas que son ajenas a la enfermería. En efecto, la enfermera empleada por un solo médico actuará acaso como secretaria, recepcionista y técnica de laboratorio, al lado de su trabajo de enfermera. Otras, en cambio, trabajan en calidad de supervisoras y vigilan el trabajo de varias empleadas.

En este campo entra en el ámbito de las funciones de enfermería una gran variedad de tareas. En efecto, en tanto que la mayoría del tiempo de la enfermera se empleará atendiendo a pacientes en el consultorio, algunos médicos envían a sus enfermeras a casa de algunos de aquéllos, para cambiar un vendaje, administrar una inyección intramuscular, o ejecutar algunas otras funciones. En ocasiones, mientras toma una historia clínica o prepara a un paciente para un examen físico, la enfermera tiene oportunidad de aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas en materia de observación, enseñanza, rehabilitación y relaciones humanas.

Enfermería de salubridad. Las enfermeras de salubridad están solicitadas para campos de trabajo de inmigrantes, reservaciones de indios, comunidades metropolitanas y rurales, escuelas, centros de salud e industrias de toda clase. Los programas de salubridad comunales se están desarrollando rápidamente, y la enfermera de salubridad preparada para el servicio de la comunidad se encuentra en una posición clave para coordinar y planear todos los servicios de enfermería. Las enfermeras de salubridad encuentran también empleo en servicios oficiales o gubernamentales a cargo del erario público, o en servicios voluntarios, como el de la Asociación de Enfermeras Visitadoras.

En cuanto asesora familiar, la enfermera de salubridad dedica mucho tiempo aconsejando y vigilando en cuestiones relacionadas con la salud. Algunas veces, él o ella prestan servicio en la casa junto a la cama del enfermo, y pueden servir también como jefes de equipo para ayudar a las familias a dirigir y coordinar el trabajo de personal menos preparado. Ya esté en la casa, el hospital, la escuela o en alguna otra parte, la enfermera de salubridad trabaja sola una gran parte del tiempo y ha de enfrentarse a muchas situaciones diversas.

En cuanto miembro esencial del equipo de salud, la enfermera de salubridad ocupa un lugar junto a los jefes, los médicos, los higienistas, los padres y otros, de la comunidad, para fomentar la salud pública. El dar clases a futuras parturientas, tomar parte en las asambleas de grupos de ciudadanos, participar en programas de investigación de enfermedades e inmunización, todo esto entra en las actividades de la enfermera de salubridad.

Muchos de los servicios de salubridad, aunque no todos, requieren que sus enfermeras tengan el bachillerato, con preparación al nivel de la maestría para cargos de dirección, administración, asesoría y enseñanza. Para la enfermera de salubridad bien preparada abundan las oportunidades de una labor interesante y estimulante, ya sea en su propio país o en países extranjeros.

Enfermería laboral. Un sector en rápido crecimiento, el de la enfermería laboral, se ha convertido en una parte importante de la industria, y actualmente se emplea a enfermeras en fábricas, bancos, hoteles, grandes almacenes, grandes despachos y otros lugares en donde demuestran su valor contribuyendo a mantener un alto nivel de salud entre los empleados y sus familias, y fomentando al propio tiempo un espíritu inteligente de cooperación entre todos los asociados. Si bien algunas enfermeras son directoras de servicios de enfermería laboral, la mayor parte de ellas trabajan solas y tienen a su car-

go los servicios de un departamento de salud de los empleados.

En un esfuerzo por mantener a los empleados sanos y aptos para el trabajo, se insiste en las medidas de higiene preventiva. En general, la enfermera laboral o industrial brinda consejo y enseñanza higiénicos, ayuda en los programas de examen de la salud, proporciona atención de urgencia a los empleados que enferman o se lesionan en el ejercicio del trabajo, y dispone, en su caso, la asistencia médica. Con frecuencia la enfermera sirve también en un Comité de Salud y Seguridad de fábrica y contribuye a desarrollar y ejecutar el programa de seguridad.

Si bien los conocimientos requeridos son variables, es raro, con todo, que la estudiante recién graduada se emplee en un programa de enfermería industrial atendido por una sola enfermera. La preparación en materia de salubridad constituye una base excelente para la enfermera en la industria, siendo además muy útiles los conocimientos de la labor personal, de las prácticas de seguridad y de los métodos de enseñanza higiénica. De una enfermera directora se espera por lo regular que tenga una preparación avanzada en enfermería.

Para hacer frente a las necesidades en otros campos, diversos programas de especialidades clínicas existen en los hospitales y las escuelas. Toda vez que la rehabilitación se ha convertido en parte integral de la atención médica, un número cada vez mayor de centros de enseñanza ofrecen cursos breves destinados a capacitar a las enfermeras para llevar a cabo las técnicas de rehabilitación en hospitales y otros centros de salud.

Investigación de enfermería. En este dominio, en vías de expansión, las enfermeras encuentran oportunidades de labor de interés cautivante, cuya preparación requiere una enseñanza más allá del programa de bachillerato, así como una experiencia progresiva en este campo. Se emplea también a las enfermeras en otra diversidad de cargos satisfactorios, incluidos los de personal de organizaciones locales, estatales y nacionales de enfermería, editores de periódicos y libros de texto de enfermería, o como asesoras de servicios gubernamentales, de fundaciones, de sociedades nacionales e internacionales de la Cruz Roja, o de la Organización Mundial de la Salud.

La enseñanza de enfermería. En este sector, la falta de educadoras calificadas de enfermería es uno de los grandes problemas que se le plantean a la profesión. Si bien la mayoría de los empleos se encuentran entre el profesorado de escuelas de enfermería de diploma, se necesita, con todo, un número creciente de miembros de facultad para programas de bachillerato y de grado asociado. Por otra parte, los programas de enfermería práctica van aumentando continuamente y brindan nuevas oportunidades para la enseñanza. Si bien numerosos empleos están abiertos a enfermeras con bachillerato, en las escuelas profesionales se requiere, con todo, cada vez más, que las instructoras tengan el grado de maestras, con la tendencia a exigir la preparación al nivel del doctorado para los cargos en escuelas superiores y universidades. Actualmente muchas enfermeras prosiguen sus estudios en vista de grados superiores, conservando, sin embargo, sus cargos en la enseñanza.

Existe, asimismo, una demanda considerable de administradoras e instructoras calificadas para puestos de enseñanza en curso de servicio, en hospitales y otros centros de salud. Muchas enfermeras están empleadas en preparar a los diversos grados de personal no profesional en vista del trabajo en centros de salud, y otras en dar cursos de repetición para enfermeras inactivas. El establecimiento de cursos de extensión universitaria para enfermeras señala una nueva era para las enfermeras educadoras. Y además, hay empleos en las comunidades para dar clases de Enfermería Doméstica, de Cruz Roja, Defensa Civil y Primeros Auxilios.

Enfermeros. Desde los primeros días del cristianismo, cuando los diáconos iban por las casas para atender a los varones enfermos miembros de la Iglesia, los varones han compartido las tareas de la enfermería. Durante la Edad Media, grandes números de varones, pertenecientes a órdenes religiosas y militares, atendieron a los enfermos. Sus Ordenes de Enfermería Militar construyeron y administraron grandes hospitales del tipo de fortalezas para atender a los Cruzados enfermos y heridos a lo largo de las vías de comunicación. Finalmente, estas órdenes complementaron la labor de los monasterios establecidos por todo el Occidente y en Palestina.

Las Hermandades de Enfermeros han ejercido un efecto duradero sobre la enfermería. Entre las más extensas y activas hay que recordar a los Hermanos de la Merced, los Franciscanos, los Alexianos y los Hermanos de San Juan de Dios, algunos de los cuales siguen todavía activos en la enfermería.

En la historia temprana de los Estados Unidos de Norteamérica, algunos hospitales admitían lo mismo a estudiantes hombres que mujeres, y algunos de ellos establecieron escuelas exclusivamente para hombres, tres de las cuales existen todavía. La *Escuela Mills para Enfermeros* fue fundada en el *Bellevue Hospital* en 1888, y juntamente con la Escuela de Enfermería de Bellevue se ha convertido desde entonces en la División de Enfermería, de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad de Nueva York. La *Escuela para Enfermeros del Hospital de los Hermanos Alexianos* se estableció en Chicago en 1894, y en 1914 se fundó en Philadelphia la *Escuela para Enfermeros del Hospital de Pennsylvania.*

Las oportunidades para enfermeros han aumentado enormemente en estos últimos años. Caminos que antes estuvieran cerrados están ahora ampliamente abiertos. Los enfermeros están cada vez más solicitados para la atención de pacientes varones con fracturas, enfermedades cardiacas, problemas genitourinarios, y enfermedades venéreas, así como para los alcohólicos. El personal de las salas psiquiátricas se maravilla de cómo pudieron nunca prescindir de aquéllos. Se los encuentra, en números crecientes, en los servicios de salubridad, en la práctica privada, en rehabilitación y en la labor higiénica internacional. No faltan tampoco oportunidades en los campos de la anestesia y de la enfermería laboral, áreas que parecen ser de particular interés para los hombres.

El Servicio de Salubridad de los EE. UU. y la Administración de Vetera-

Fig. 96. Un paciente en tienda de oxígeno recibe atención de enfermeros en la Escuela de Enfermería del Hospital de los Hermanos Alexianos, en Chicago.

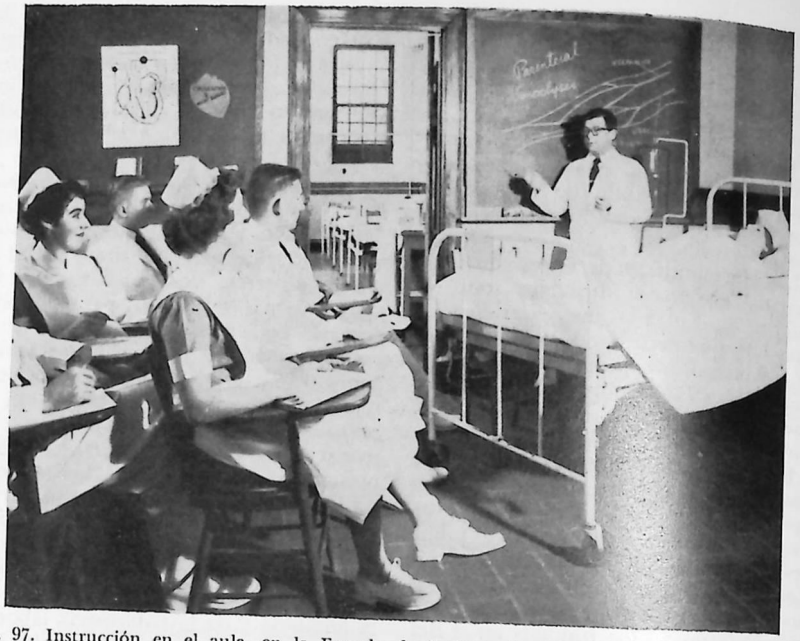


FIG. 97. Instrucción en el aula, en la Escuela de Enfermería del Hospital de McLean, Belmont, Massachusetts. (Cortesía de Fotografía Hutchins, Inc.)

FIG. 98. Se fijan los galones de oro de la Fuerza Aérea de los EE. UU. en las hombreras de Richard Martin, por la Teniente Coronel Hilda Echols y esposa de éste, Donna, al convertirse en miembro del Cuerpo de Enfermería de la Fuerza Aérea. *(American Journal of Nursing,* noviembre de 1962.)

FIG. 99. Enfermeros practican el salto en paracaídas, en Fort Campbell, Kentucky, en preparación para la colaboración con equipos destinados a prestar asistencia inmediata a los heridos. *(American Journal of Nursing,* noviembre de 1958.)

nos, lo mismo que el Cuerpo de Enfermeras de la Armada y el Cuerpo de Enfermeras de la Fuerza Aérea, tienen empleos para hombres en cargos casi tan variados como los de las mujeres. Unos pocos empleos gubernamentales, como la Estación de Cuarentena del USPHS en la frontera mexicana, sólo están abiertos a enfermeros.

En estos últimos años, los hombres han ido ocupando posiciones de dirección en las organizaciones nacionales de enfermería. Han actuado, en efecto, en la Junta de Directores de la ANA y en la dirección de la NLN, y han ejercido cargos en ambas organizaciones. En 1960, Philip E. Day, director del servicio de enfermería del Hospital Mary Fletche, Burlington, Vermont, fue elegido presidente de la Asociación de Enfermeras del Estado de Vermont, siendo así el primer varón que ejerció semejante cargo en un Estado. En años siguientes fueron elegidos enfermeros como presidentes de la Asociación de Enfermeras de Michigan, la Asociación de Enfermeras de Pennsylvania y la Asociación de Enfermeras de Oregon.

En 1964, el Sr. Day fue nombrado director ejecutivo de la Compañía del *American Journal of Nursing.* Veterano de la segunda guerra mundial, es graduado de la Escuela de Enfermería del Hospital de Pennsylvania y de la Universidad de Pennsylvania, y posee un grado de maestría en Administración del Servicio de Enfermería de Hospital de la Escuela Superior de Maestros de la Universidad de Columbia.

Es muy posible que el empleo de números mayores de enfermeros contribuya mucho a resolver el problema de la "escasez de enfermería" y que este problema acabe desapareciendo de la literatura profesional.

SERVICIOS GUBERNAMENTALES

Las oportunidades para las enfermeras en los servicios federales empezaron a presentarse con la organización del Cuerpo de Enfermería del Ejército de los EE. UU. en 1901, y este dominio ha ido ganando terreno con cada guerra mundial y con la Acción Policiaca Coreana de las Naciones Unidas. Actualmente existen seis servicios federales importantes que tienen a su cargo la atención de la salud, a saber: el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Administración de Veteranos, el Servicio de Salubridad y el Servicio para el Desarrollo Internacional (Agency for International Development —AID).

En cada uno de estos servicios se ofrecen a las enfermeras oportunidades interesantes de contribuir a la defensa del país y a preservar la salud de la nación. Al propio tiempo, las normas para el personal son liberales e incluyen oportunidades, en muchos casos, de aprendizaje en curso de servicio, progreso profesional, beneficios de retiro, atención médica y, en algunos casos, viajes a un país extranjero. Puede resultar posible, también, adquirir instrucción complementaria en una uni-

versidad durante el periodo de servicio.

Enfermería militar. Los requisitos necesarios para ingreso en los Cuerpos de Enfermeras del Ejército, de la Marina y de la Fuerza Aérea son parecidos para los tres y los reúne la joven graduada corriente de una escuela de enfermería acreditada. Los nombramientos para los servicios regulares los hacen los miembros de la Reserva. A las aspirantes aceptadas se les confiere inmediatamente el rango de oficiales, decidiéndose el grado por la edad, la preparación profesional y la experiencia. Los nombramientos iniciales suelen ser al grado de primero o segundo teniente en el Ejército y la Fuerza Aérea y de guardiamarina en la Marina, pero pueden ser más altos para las que reúnan títulos especiales.

Las enfermeras de los tres Cuerpos pueden ser destinadas a hospitales del país o del extranjero, a la atención de los individuos de las Fuerzas Armadas y sus familias. Las enfermeras del Cuerpo de la Fuerza Aérea pueden servir también como enfermeras de vuelo, en tanto que las del Cuerpo de la Marina pueden estar a bordo del Servicio de Transporte Marítimo Militar. Además de la atención de los pacientes, las funciones de enfermería pueden comprender la inspección, la enseñanza, la administración o la investigación.

Un gran paso adelante se dio con la creación del Departamento de Enfermería en el Instituto de Investigación del Ejército, "Walter Reed", que permite a las enfermeras colaborar en la investigación y efectuar estudios en materia de atención de los pacientes sobre una base de tiempo completo. Al propio tiempo, se prepara un núcleo de enfermeras entrenadas en enfermería, en ciencia y en métodos de investigación, que están a disposición del Servicio Médico del Ejército siempre que sea necesario.

Un curso de Enfermería Nuclear, en el que toman parte enfermeras civiles, lo dirige la Marina en la Escuela Médica Naval de Bethesda, Maryland. Todas las enfermeras de la Fuerza Aérea, en cuanto miembros clave del equipo del Aeroespacio, tienen oportunidad de mantenerse al corriente de los progresos en Medicina Aeroespacial, en tanto que las que están capacitadas para la enfermería en vuelo asisten a un programa especial en la Escuela de Medicina de la Aviación, en San Antonio, Texas. A las recién venidas se las prepara para las tareas de la "Edad de los Proyectiles" por la Escuela de Medicina de la Aviación de la Base de la Fuerza Aérea de Brooks, Texas. Puede obtenerse mayor información de estos servicios de la oficina más próxima de reclutamiento del Ejército, la Fuerza Aérea o la Marina de los EE. UU.

Oportunidades para estudiantes de último año. El *Programa de las Estudiantes de Enfermera del Ejército* y el *Programa de Aspirantes al Cuerpo de Enfermeras de la Marina* ofrecen oportunidades a estudiantes de último año, varones o mujeres, y a algunos de segundo año, de escuelas aprobadas, para la terminación de sus estudios bajo la égida de la Reserva del Ejército o la Marina de los EE. UU. Los solicitantes han de dar prueba de capacidad personal y llenar determinados otros requisitos básicos. Los aspirantes aprobados de uno de los dos programas completan sus estudios en la escuela del Cuerpo y reciben una asistencia financiera en los gastos de escuela y una asignación mensual liberal. Una vez graduadas y registradas, las enfermeras son oficiales del Cuerpo de Enfermeras de la Reserva del Ejército de los EE. UU. o del Cuerpo de Enfermeras de la Marina de los EE. UU. y han de prestar servicio activo por un periodo determinado de tiempo. Puede obtenerse información de la oficina de reclutamiento más próxima del Ejército o la Marina de los EE. UU.

La enfermería en la *Administración de Veteranos de los EE. UU.*, el mayor de los servicios federales, comprende la atención de veteranos de todas las guerras, licenciados honorablemente, que tienen incapacidades relacionadas con el servicio. Los hospitales de la Administración de Veteranos están equipados con una serie completa de servicios clínicos y servicios de investigación, y pueden servir de instituciones de enseñanza para estudiantes de medicina y

FIG. 100. Enfermera de la Fuerza Aérea de los EE. UU. (*American Journal of Nursing*, enero de 1963. Foto oficial de la Fuerza Aérea.)

enfermería. Se han establecido programas para la atención domiciliaria de veteranos que están bajo la atención de un médico, pero sin estar confinados en el hospital. Los Servicios de Enfermería comunales se hacen cargo de su atención.

Pueden obtenerse empleos en hospitales, clínicas de enfermos ambulantes, oficinas regionales y en la oficina central de Washington. Los salarios de las enfermeras empleadas se comparan a menudo favorablemente con los de enfermeras de grados más avanzados, toda vez que se supone que las practicantes especializadas que prestan atención clínica competente merecen el mismo reconocimiento que las que ocupan cargos en la enseñanza, la inspección o la administración. Se necesitan instrucción o experiencia complementarias para la promoción a todo grado superior. Las enfermeras que acaban de graduarse podrán obtener acaso un empleo provisional, mientras consiguen el registro estatal, siempre que demuestren haber pasado los exámenes del Estado o haberlos solicitado.

Hay empleos en el *Servicio de Salubridad, del Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia de los EE. UU.*, para enfermeras y enfermeros, en hospitales gubernamentales y servicios de salubridad, en donde muchos pacientes son atendidos a cargo de la nación. Quince hospitales de éstos, del

Servicio de Salubridad, en todos los Estados Unidos comprenden hospitales generales, un hospital para tuberculosos, dos hospitales para pacientes drogadictos y neuropsiquiátricos, y el Hospital Nacional para Leprosos, en Carville, Louisiana. El Centro Clínico de Bethesda, Maryland, forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud, oficina de investigación en donde se lleva a cabo el estudio de los problemas relacionados con la salud. En este servicio, que cuenta con 500 camas, la enfermera funciona como un miembro importante del equipo de investigación.

Otros cargos del Servicio de Salubridad de los EE. UU. para las enfermeras pueden ser empleos en Washington, D. C., en oficinas regionales en ciudades importantes, en hospitales, en centros de salud y puestos de salubridad para nativos en Alaska, en la División de Salubridad Indígena para labor en las reservaciones de indios, o en países extranjeros, para la enfermería de salubridad o en labores de enseñanza. Se requiere preparación especial para el trabajo en empleos de salubridad y para la labor en las clínicas, pero no para la enfermería clínica en hospitales.

Todos los empleos del Servicio de Salubridad de los EE. UU. se obtienen por medio de un examen del Servicio Civil y nombramiento por el mismo, o bien por nombramiento especial cual oficial delegado. Para los Cuerpos Delegados se requiere el bachillerato o un título superior. El número mayor de enfermeras ingresan como empleadas del Servicio Civil y permanecen en un mismo lugar, pero pueden efectuar turnos, si así lo desean, de acuerdo con sus intereses y las necesidades de enfermeras. El oficial delegado es trasladado a menudo de la atención de los indígenas en una reservación a la de los nativos de Alaska, y pasa luego a otra asignación. Pueden solicitar empleos las estudiantes de enfermería durante los últimos seis meses anteriores a la graduación, y se les dan calificaciones provisionales.

FIG. 101. Una enfermera AID ayuda a organizar una sala de ensayo en el Hospital Civil de Bogotá, Colombia. (Del folleto AID: *"The Overseas Nurse in A. I. D."*, Departamento de Estado, Washington, D.C. 20402.)

FIG. 102. Ann Moore, enfermera del Cuerpo para la Paz, de Ohio, da vitaminas a un bebé en una clínica ambulante de pacientes en Togo, Africa Occidental. (Miss Moore lleva una pañoleta que le ha sido regalada por pacientes femeninas tongolesas.) (Fotografía de Rowland Scherman, en *"Registered Nurses in the Peace Corps"*. Cuerpo para la Paz, Cuarto 600, Washington, D. C. 20402.)

Programa de Preparación de Estudiantes y Externo para Oficial Delegado. En un esfuerzo para atraer a estudiantes que prometen hacia una carrera en uno de sus servicios, el Servicio de Salubridad de los EE. UU. ofrece ahora a las estudiantes de enfermería graduadas en programas de bachillerato la oportunidad de experiencia en tiempo de vacaciones. Durante un periodo de tres meses de verano, las estudiantes inscritas en el *Programa de Preparación de Estudiantes y Externo para Oficial Delegado* tienen ocasión de viajar, mientras reciben un salario, y de adquirir experiencia en enfermería clínica, enfermería de salubridad, o investigación en materia de enfermería. Recientemente, el Programa ha sido abierto tanto a las estudiantes subgraduadas inscritas en cursos de bachillerato, como a las enfermeras graduadas.

La Sección de Enfermería de la Oficina de Pediatría. El USPHS emplea una enfermera jefe y diversas asesoras regionales, cuya misión consiste en asistir a los servicios estatales en asuntos de enfermería relacionados con los Servicios de Niños Inválidos y de Maternidad y Pediatría. Puede emplearse asimismo a enfermeras para trabajar como asesoras y maestras en el extranjero. Para estos empleos se requiere, además de la enfermería de salubridad,

preparación especial en enfermería de maternidad y pediatría.

La Agencia para el Desarrollo Internacional *(Agency for International Development, AID).* Administrado por el Departamento de Estado de los EE. UU., este servicio proporciona asistencia técnica y económica a más de setenta naciones en desarrollo reciente, en el curso de lo que se ha designado como "la revolución de las esperanzas nacientes".[1] La conservación de la salud constituye una parte importante del programa, y se emplea a enfermeras asesoras para asistir en proyectos de enfermería. Toda vez que cada actividad es llevada a cabo como una empresa cooperativa, las enfermeras AID trabajan, siempre que resulta posible, con sus colegas del país huésped. Trabajarán acaso como maestras o directoras de hospitales, mientras preparan a las personas que las substituirán al retirarse las enfermeras de la AID. El USPHS aceptó un encargo de la AID para dirigir un estudio especial sobre problemas de enfermería internacionales.

[1] Carpeta AID, *"The Overseas Nurse in AID"*. Agency for International Development, Department of State, Washington, D. C. 20402.

Enfermeras de Servicio Exterior. El Departamento de Estado de los Estados Unidos emplea también a enfermeras para asistir en los programas de salubridad en puestos del extranjero, especialmente en embajadas, donde residen empleados de servicios del gobierno de los EE. UU. y sus familias. Se concede la preferencia para estos empleos a solicitantes con el título de bachiller de ciencias en enfermería y experiencia de más de un año en enfermería de salubridad o industrial.

El Cuerpo de la Paz. Hasta Tanganyka en el Océano Indico, hasta la República Dominicana entre el Océano Atlántico y el Caribe, hasta Nepal en el Himalaya y hasta muchas otras áreas en el mundo entero, americanos del Cuerpo de la Paz, que representan a todas las razas, todas las capas sociales y todos los niveles de enseñanza, participan en un esfuerzo para fomentar una mejor comprensión de su país y llevar de regreso a éste una mejor comprensión de otros pueblos.

En contacto directo con condiciones de salubridad y clínicas rara vez encontradas en los Estados Unidos, las enfermeras trabajan lado a lado con enfermeras del país huésped. Muchas de ellas están adscritas a empleos de personal experimentado en hospitales, clínicas rurales y centros de salubridad, en tanto que otras asisten en la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería o de personal auxiliar. Unas pocas participan en la instrucción formal

FIG. 103. La enfermera asesora del Cuerpo para la Paz, Dorothy Sutherland, comparte el entusiasmo del Director del Cuerpo para la Paz, R. Sargent Shriver, por las contribuciones que aportan las enfermeras en los países huéspedes en donde sirven. Shriver observa que los médicos nativos se "desbordan en sus elogios de las enfermeras americanas". (Cortesía de la Asociación de Enfermeras Americanas, en *ANA in Review,* primavera de 1963.)

FIG. 104. *A)* Una enfermera del Cuerpo para la Paz examina a un paciente en una clínica para niños en Sta. Lucía, Indias Occidentales Inglesas. *B)* Enfermera del Cuerpo para la Paz en el leprosario de Malaya. (Cortesía de Paul Conklin, Cuerpo para la Paz.)

FIG. 105. Una voluntaria del Cuerpo para la Paz se ocupa de una víctima de la polio cerca de Santiago, Chile. (Foto: UNESCO-Gillette, en *The Americas,* octubre de 1963.)

en el aula, en escuelas de enfermería, y algunas son miembros de equipos de salubridad para la lucha contra la frambesia o la tuberculosis. Puede obtenerse información complementaria escribiendo al Director de la División Profesional y Técnica, Cuerpo de la Paz, Washington, D. C. 20402.

El vapor "Hope". Desde que el vapor "Hope" zarpó por primera vez para Asia, en 1960, transportando personal y equipo destinados a proporcionar servicios expertos de salubridad, ha llevado a cabo misiones médicas en diversas partes del mundo. Concebido según el patrón de un hospital moderno, este "gran barco blanco" está destinado en primer lugar al propósito de instruir a personal médico y paramédico en nuevos conceptos y técnicas de la atención de la salud y a enseñar prácticas higiénicas preventivas a la gente. Un cuerpo de practicantes médicos, dentistas y enfermeras es asistido por colegas del país huésped, para asegurar que la labor del vapor *Hope,* cuyo nombre significa *"Health Opportunity for People Everywhere"* ("Oportunidad de Salud para Todo el Mundo en Todo el Mundo"), se prosiga después de su partida por el personal nativo.

Siempre que resulta posible, los servicios de salubridad del *Hope* se extienden a las comunidades, trabajando el personal en hospitales portuarios o como equipos del interior. Las enfermeras del barco han creado, en colaboración con sus colegas nativas, una diversidad de programas relacionados con la atención de enfermería y de salubridad, que han sido bien acogidos. Se han iniciado a bordo extensos proyectos de inmunización y se han llevado luego a la tierra firme.

La *People-to-People Health Foundation* ("Fundación de Salud de Pueblo a Pueblo"), 1016-20th St., N. W. Washington, D. C. 20036, que es la que patrocina el Proyecto Hope, proporciona una embajada de buena voluntad y paz a los pueblos de países menos privilegiados de parte del pueblo de los Estados Unidos. Las enfermeras americanas han cooperado con interés, y unas

treinta de ellas sirven anualmente con un salario mínimo.

La Comisión de Servicio Civil de los EE. UU. Esta, cuyo personal tiene a su cargo la tarea de proporcionar candidatos para toda clase de empleos federales del servicio civil, avalúa las credenciales y organiza exámenes de oposición. Indicaciones relativas al momento y el lugar de tales exámenes se publican en forma de carteles en las oficinas mayores de correos, en tanto que las relativas a las enfermeras aparecen en los periódicos de enfermería. Puede obtenerse información al respecto directamente en las oficinas centrales de Washington. Algunos exámenes consisten en llenar una solicitud detallada de empleo federal, que se califica según la preparación y la experiencia.

Una asesora de enfermería del personal de la Comisión del Servicio Civil lleva a cabo actividades relacionadas con la provición de enfermeras a la Sección de Enfermería de la Oficina de Pediatría, el Servicio de Salubridad de los EE. UU., los hospitales gubernamentales en Alaska y dos hospitales federales para civiles en Washington, D. C. Son éstos el Hospital de Santa Elizabeth, instituto psiquiátrico, y el Hospital Freedman. También los establecimientos militares ocupan algunas empleadas del Servicio Civil para aumentar su personal de enfermería.

SERVICIOS GUBERNAMENTALES CANADIENSES

Todos los Servicios de Enfermería Federales Canadienses están comprendidos en tres grandes departamentos del gobierno, a saber: el *Departamento de la Defensa Nacional,* el *Departamento de Asuntos Veteranos,* y el *Departamento Nacional de Salubridad y Asistencia.* En cada uno de estos departamentos las enfermeras encuentran oportunidades no sólo de una experiencia interesante y fecunda, sino también de contribuir al bienestar y a la seguridad generales del país. Las normas relativas al personal comprenden amplias vacaciones y permisos por enfermedad, ventajas médicas y hospitalarias, así como provisiones de retiro.

DEPARTAMENTO DE LA DEFENSA NACIONAL

Están comprendidos en el Departamento de Defensa Nacional la *Marina Real Canadiense,* el *Ejército Real Canadiense* y la *Real Fuerza Aérea Canadiense,* para cuyos servicios están abiertos empleos a las enfermeras registradas de nacionalidad canadiense o súbditos británicos residentes en Canadá. Otros requisitos varían algo según el servicio, aunque uno o dos años de experiencia de enfermería después de terminado un curso básico en ella los recomiendan todos ellos encarecidamente.

Al conceder un rango militar relativo en 1904, Canadá fue el primer país del mundo que otorgó este reconocimiento a sus enfermeras. Los grados van de Segundo Teniente a Comandante. Mientras sirven los intereses de su ejército nacional, las enfermeras que reúnen calificaciones especiales tienen oportunidad de tomar cursos de posgraduadas en técnica de sala de operaciones, enfermería de salubridad, dirección, enseñanza y administración.

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS VETERANOS

El Departamento de Asuntos Veteranos de Canadá cuenta con un servicio médico en el país entero para la atención de los veteranos que tienen derecho a ella conforme el Reglamento de Tratamiento de los Veteranos. Además, el Departamento proporciona servicios a otros, a demanda y a cargo de otros departamentos federales, de otros gobiernos y de determinadas agrupaciones; verbigracia: las oficinas de compensación de trabajadores.

Las enfermeras registradas están empleadas por la Comisión del Servicio Civil y están sujetas a sus disposiciones. A continuación de la calificación, los nombramientos se hacen por promoción o por oposición a un hospital del Departamento de Asuntos Veteranos de la elección de la aspirante, siempre que sea posible. Los empleos son de diversas categorías y comprenden los de directora, directora asistente, ins-

pectora, enfermera jefe y enfermera de servicio.

Cada año, un número determinado de enfermeras registradas tienen la facultad de tomar permisos de ausencia con media paga, para asistir a cursos de universidad en materia de enseñanza, inspección o administración de enfermería.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Servicios de Salubridad Indígena y del Norte. Los Servicios de Salubridad Indígena y del Norte, que son los mayores de los servicios activos del Departamento, proporcionan atención a los indios y los esquimales y ofrecen una rica y variada carrera a sus enfermeras. En dieciocho hospitales esparcidos por el país entero, desde la Bahía de James al Océano Pacífico, las enfermeras atienden a pacientes de origen indio y esquimal, muchos de los cuales son víctimas de la tuberculosis, a pesar del hecho de que un intenso programa de combate contra la tuberculosis se viene llevando a cabo desde hace ya tanto tiempo. Por otra parte, también en numerosas estaciones de salubridad que se extienden por todo el país, de Este a Oeste, y llegan a los bordes norte del Yukón y de los Territorios Noroccidentales, las enfermeras realizan ante todo enfermería de salubridad. Esta labor puede tener lugar en una Estación de Enfermería de Puesto Avanzado, un Centro de Salud, un Puesto de Salubridad de Campaña, una Clínica, o como empleo de tiempo parcial a título de Enfermera-Dispensadora.

Servicios de Asesoramiento de Enfermería. Enfermeras asesoras son empleadas por la División de Salubridad del Departamento Nacional de Salubridad y Asistencia, en las secciones de Enfermería Laboral, Enfermería de Maternidad y Pediatría, Salud Mental, Salubridad de Urgencia y Seguro de Salud. Están preparadas especialmente para su labor y fomentan la instrucción mediante instituciones y la preparación de material didáctico en relación con la salud.

Servicios de Cuarentena, Médico de Inmigración y de Marinos Enfermos. Estos servicios proporcionan atención médica y de enfermería principalmente a inmigrantes y marineros. Las enfermeras están estacionadas en determinados puertos marítimos y aéreos de entrada en Canadá, en donde asisten en el examen de las personas que llegan al país. Las que están empleadas en hospitales ayudan en la inspección médica de los inmigrantes y prestan primeros auxilios y atención de enfermería a pasajeros y personas detenidas que los necesitan.

El Servicio de Cuarentena tiene también a su cargo la atención de los pacientes con lepra, para los cuales hay en Canadá dos hospitales, uno situado en Tracadie, New Brunswick, en un ala del Hospital del Hôtel-Dieu de St. Joseph, y el otro en Bentinck Island, British Columbia, en donde los pacientes viven en chozas separadas, bajo la vigilancia de una enfermera graduada.

División de Salubridad del Servicio Civil. Esta División funciona como un servicio de salubridad industrial o laboral para los empleados civiles en el área de Ottawa, y ocupa a enfermeras con preparación y experiencia en enfermería de salubridad. Las actividades tienen lugar en un *centro médico,* y hay distribuidas diversas *unidades de salubridad* por la ciudad. Se ha introducido un programa de instrucción proseguida del personal, que comprende orientación para nuevas empleadas y preparación en curso de servicio para asesoras de enfermería. Además, se ofrecen también servicios para experiencia en trabajo de campaña a estudiantes de enfermería de salubridad y de medicina en diversas universidades.

LA ORDEN VICTORIANA PARA ENFERMERAS DEL CANADA

En 1897, la reina Victoria (1819-1901) destinó una cantidad considerable de dinero al establecimiento de una Fundación que había de proporcionar servicios de enfermería a los enfermos y necesitados a través de todo el Imperio Británico. Esto fue en conmemoración de las Bodas de Diamante en

celebración del sexagésimo aniversario de su reinado (1837 a 1901). El mismo año fue creada la Orden Victoriana de Enfermeras para Canadá, proveyéndosela de una Patente Real, con oficinas nacionales en Ottawa y sucursales provinciales y locales esparcidas por toda la nación. Cada sección elabora su propio programa, pero está bajo la inspección de la oficina nacional, que es la que establece las normas generales. El objetivo principal está en proporcionar servicios de enfermeras visitadoras a pacientes en sus propios hogares, no debiéndose rechazar a ninguno porque no esté en condiciones de pagar.

Además de prestar atención domiciliaria, las enfermeras de muchas de las sucursales dan clases para futuras madres, dirigen programas de salubridad escolares, asisten en conferencias sobre la salud del niño y en clínicas de inmunización, y prestan servicios de salubridad de tiempo parcial en pequeñas industrias. Se insiste cada vez más en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Se requiere que todas las que solicitan la Orden Victoriana de Enfermeras sean enfermeras graduadas registradas y, en muchos casos, que cuenten con una preparación complementaria en enfermería de salubridad pública. Los nombramientos son aprobados por la oficina nacional. Se proporciona oportunidad de progreso profesional mediante programas de instrucción del personal y una política liberal de concesión de becas para estudios avanzados. En 1957, la Orden Victoriana de Enfermeras para Canadá celebró sus propias bodas de diamante.

PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE VISITANTES DE LOS EE. UU.

Por el Servicio de Intercambio Educativo Internacional, administrado por el Departamento de Estado de los EE. UU., fue iniciado en 1948 un proyecto para establecer un intercambio de per-

FIG. 106. Una enfermera de la Orden Victoriana. (Del folleto, *"Can you have a Victorian Order Nurse?"*, Orden Victoriana de Enfermeras para el Canadá, 5 Blackburn Avenue, Ottawa 2, Ontario, Canadá.)

sonal entre los EE. UU. y otros países, con fines de estudio, enseñanza, conferencias o investigación. El objeto está en desarrollar una comprensión mutua, de persona a persona, de la manera de vida, la cultura y la civilización de todos los pueblos, que es la sola base verdadera en que puedan fundarse una vida armoniosa y la paz mundial.

La Asociación de Enfermeras Americanas ha sido hecha patrocinadora del Programa de Intercambio de Visitantes, y está así en condiciones de concertar arreglos para el intercambio de enfermeras entre los EE. UU. y otros países. Los empleos disponibles son ante todo los de enfermeras para hospitales, pero pueden encontrarse también algunos puestos en enfermería de salubridad pública. Pueden concertarse también arreglos para periodos de estudio y observación en hospitales y servicios de salubridad.

La Unidad Internacional de la ANA, en cooperación con el Consejo Internacional de Enfermeras, proporcionará información completa con respecto a las posibilidades de empleo en otros países. Una hoja oficial de solicitud del CIE, que puede obtenerse en el Servicio de Orientación y Colocación Profesionales de la ANA, debe llenarse, a continuación de lo cual, la ANA efectúa todas las gestiones necesarias. Se requiere que las enfermeras de intercambio estén normalmente afiliadas a una organización nacional de enfermería miembro del CIE, que tengan algunos conocimientos del idioma del país en vista, y que cuenten con una experiencia de dos o más años. Sufragan ellas mismas todos sus gastos, pero reciben una asignación del servicio en que están colocadas.

Son muchas actualmente las escuelas superiores y universidades del mundo entero que han inscrito a grandes números de estudiantes de otros países. Durante el invierno de 1963 a 1964, cerca de 75 mil estudiantes, que representaban a más de 150 países, asistieron a instituciones de enseñanza superior en los EE. UU. Si bien la mayoría de los estudiantes provienen del Extremo Oriente, son cada vez más numerosos, con todo, los que vienen de Africa.

Toda vez que el mundo en que vivimos se encoge cada vez más, poniendo por vez primera en la historia en contacto inmediato a pueblos de todas las culturas étnicas, de todas las religiones y de todos los grados de progreso social, surge una necesidad vital de descartar hábitos de pensamiento y de acción anticuados. Durante este periodo crítico de adaptación social, las enfermeras de todos los países, con sus actitudes humanitarias y su comprensión psicológica y social, están en condiciones de prestar servicios valiosísimos en la lucha que tiene por finalidad llevar a la humanidad hacia una era de coexistencia pacífica.

RESPONSABILIDADES MORALES Y LEGALES DE LAS ENFERMERAS

En las obras de Sir William Osler (1849-1919), médico distinguido de la era moderna, puede encontrarse la afirmación de que "confiar a un extraño el cuidado de una vida, preciosa más allá de todo cálculo, puede constituir una de las pruebas mayores en esta tierra". El Dr. Osler, hijo de un sacerdote y profundamente religioso él mismo, enseñó ciencia médica en algunas de las grandes universidades de Inglaterra, Canadá y los Estados Unidos, pero los estudiantes de medicina lo recuerdan más por su insistencia en la necesidad de la observación inteligente junto al paciente y por los preceptos éticos que les inculcó.

Actualmente, no menos que cuando el Dr. Osler enseñaba ética médica, es indispensable que la persona tenga plena confianza en el médico y en el personal del hospital al confiarse a sí misma, o a uno de sus seres queridos, a su cuidado. La enfermera, en cuanto representante de uno y otro, está en una excelente posición para crear un sentimiento de seguridad a través del grado de juicio y de amable interés que pone de manifiesto junto a la cama del paciente. Se ha demostrado por completo, también, que las relaciones agradables entre la enfermera y el paciente contribuyen pronunciadamente a la recuperación del enfermo.

Para ayudar a proteger al paciente, se han aprobado leyes a las que puede recurrir en caso de necesidad; leyes con las que la enfermera competente, ética, nunca entrará en conflicto, pero que toda enfermera debe, con todo, conocer a fondo. El número de litigios creciente relacionados con la práctica de la medicina y la enfermería dan testimonio de su importancia. No es raro que hospitales, médicos y enfermeras sean demandados judicialmente con fundamento en una presunta negligencia en la atención de pacientes. La imprecisión en cuanto a lo que constituye la práctica de enfermería ha complicado las cosas y hace difícil que los tribunales puedan tomar decisiones acertadas.

La ANA, a través de sus secciones, ha hecho mucho para aclarar el significado de la práctica de enfermería, delimitando las funciones de los diversos grupos de la profesión y redactando definiciones legales de la enfermería profesional y práctica, que ella recomienda para su incorporación en las leyes estatales relativas a la práctica de la enfermería a medida que se las modifica.

Seguro de Responsabilidad Profesional. Apreciando la necesidad de protección contra demandas judiciales, la ANA patrocina para sus miembros un Plan de Seguro de Responsabilidad Profesional, y planes similares son patrocinados por otras de las asociaciones afiliadas. Se está estudiando con mayor extensión las áreas en las que se necesita protección, una de las cuales es la vulnerabilidad de las enfermeras cuando ejecutan órdenes no escritas de los médicos. Una ley que requiriera que todas las prescripciones fueran escritas podría constituir la solución del problema. Otro aspecto en que se ha centrado mucho la atención es el de si las enfermeras tienen o no el derecho legal de administrar terapéutica intravenosa. En algunos Estados, las leyes que regulan la enfermería se han ampliado para comprender a éste y otros aspectos de las nuevas responsabilidades que las enfermeras van asumiendo.

La Asociación de Enfermeras Americanas insiste en el hecho de que todas las enfermeras necesitan que se las ilustre acerca de los aspectos legales de su trabajo, y contribuye a satisfacer esta necesidad publicando en su periódico informes de desarrollos legales recientes relacionados con el ejercicio de la enfermería. Las escuelas de enfermería, por su parte, insisten también cada vez más en la instrucción al respecto, y algunas universidades incluyen en sus planes de estudios cursos legales. Para su propia protección, todas las estudiantes de último año deberían revisar sus libros de texto sobre las leyes aplicables a la práctica de la enfermería, de las que aquí sólo podemos referirnos brevemente a unas pocas.

LEYES QUE REGLAMENTAN LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

Son de interés inmediato para todas las estudiantes que están a punto de graduarse las leyes que reglamentan la práctica de la enfermería. Si la ley de un Estado es *taxativa,* será ilegal practicar contra remuneración sin haber pasado primero un examen de tribunal estatal y sin tener la licencia para practicar. Pero si la ley del Estado es *permisiva,* la estudiante graduada podrá practicar legalmente, pero no podrá añadir las siglas "E. R." a su firma, ni pretender en forma alguna ser una enfermera registrada, profesional o titulada. En estos últimos años, las asociaciones estatales de enfermeras y la ANA se han ocupado en promover una legislación taxativa para las enfermeras profesionales, con una legislación taxativa o permisiva correspondiente para las enfermeras practicantes. En todos los Estados se requiere la renovación anual o bienal de las licencias.

Como garantía para la sociedad, y para las propias enfermeras, leyes que prescriben normas mínimas para la acreditación de las escuelas de enfermería cuyas graduadas deban someterse a exámenes por tribunales estatales han estado en vigor en todos los Estados que cuentan con tales escuelas. Sin embargo, los requisitos varían en cuanto a las calificaciones personales y educativas y en cuanto al contenido y la duración de los cursos. Para las escue-

las de enfermería práctica acreditadas en los Estados, la Asociación Nacional para la Enseñanza y el Ejercicio de la Enfermera Práctica (NAPNES), recomienda programas aprobados de un año de duración. Después de graduada y de haber pasado el examen de Estado para enfermera práctica, la aspirante queda legalmente autorizada a añadir a una firma comercial las siglas "E. P. T." o "E. V. T.", según que en el Estado considerado se emplea el término de "enfermera práctica titulada" o "enfermera vocacional titulada". Por infracciones de la conducta ética, todos los títulos de licencia se revocan oportunamente, y el hecho se consigna en los periódicos profesionales.

Licenciatura interestatal. La enfermera que desee ejercer en un Estado distinto de aquel en el que obtuvo originariamente la licencia se encontrará con el problema de la *licenciatura interestatal*. Sin embargo, la introducción de normas nacionales mínimas para la acreditación de las escuelas de enfermería, juntamente con el empleo de exámenes de licenciatura nacionales en todo el país, ha simplificado las cosas considerablemente.

Por otra parte, estas mismas medidas constituyen pasos en dirección del objetivo por tanto tiempo perseguido del reconocimiento nacional. El Fondo Común de Pruebas de Tribunal de Estado para los exámenes de licencia lo emplean ahora todos los Estados, si bien siguen divergiendo en cuanto a las puntuaciones para la aprobación. Al propio tiempo, la acreditación de las escuelas de enfermería sobre una base nacional por la NLN está bien establecida. Así, pues, si otros obstáculos en cuanto a los requisitos estatales se dejan eliminar con el tiempo, la enfermera licenciada en un Estado será susceptible de obtener la licencia en otro.

Antes de trasladarse para ejercer a otro Estado, la enfermera profesional o práctica deberá obtener la licencia necesaria, escribiendo para ello al Tribunal Examinador del Estado en cuestión, cuya dirección puede encontrarse en el Directorio Oficial, en los números de enero y agosto del *American Journal of Nursing*. Por lo regular, esta licencia se obtiene sin dificultad. Por otra parte, podrá acaso ser necesario completar una labor adicional de clase o de experiencia clínica y haber de pasar otro examen de Estado. En algunos casos, la solicitud podrá denegarse totalmente.

CONTRATOS DE EMPLEO

Cualquier tipo de contrato puede ser ocasión de una complicación legal. Todas las personas empleadas cuentan con contratos para sus servicios y deberían conocer su carácter y significado. Un *contrato de empleo* es un acuerdo entre dos partes que define las condiciones de trabajo y describe las relaciones y las obligaciones recíprocas de amo y empleado. Tales acuerdos podrán ser *expresos* o *implícitos*, pero sólo puede existir una clase de ellos en una situación dada. Los términos de un contrato expreso están claramente definidos, ya sea verbalmente o por escrito. Las enfermeras empleadas en consultorios de médicos, en hospitales y otras instituciones suelen tener contratos de esta clase. Si bien el contrato escrito raramente es exigido por la ley, es más seguro, con todo, y podrá ser un documento ya sea imponente o simplemente un memorándum escrito, como el que está contenido en las cartas.

En un contrato implícito, en cambio, los términos se deducen de determinados hechos conocidos a propósito de un determinado tipo de trabajo. Las enfermeras en la práctica privada suelen tener este tipo de contrato. Tanto el contrato expreso como el implícito son moralmente obligatorios los dos, y el hecho de que una de las partes deje de cumplir sus obligaciones puede traducirse en *ruptura del contrato*. Sin embargo, los acuerdos que no contienen límite temporal definido alguno pueden darse por terminados sin riesgo de responsabilidad.

En el pasado, la mayoría de los contratos de las enfermeras han sido sobre una base individual, pero existe ahora una tendencia creciente hacia los acuerdos colectivos, redactados por las asociaciones estatales de enfermeras con los hospitales y otros servicios que emplean enfermeras. En estos casos, la asociación estatal actúa como representante de las enfermeras.

CONDICION LEGAL DE LAS PERSONAS EMPLEADAS

Toda persona empleada tiene una *condición legal* derivada de su propio contrato de empleo, que es el de *empleado* o de *contratante independiente*. La distinción entre los dos es importante, porque la condición puede convertirse en punto de litigio en los procedimientos legales. Sin embargo, esta distinción no siempre es clara, si bien de diversos factores empleados como criterio los más decisivos se refieren a la retención del control sobre la forma en que los servicios deban prestarse. El que presta servicios bajo el control de otro tiene la condición legal de empleado. La mayoría de las enfermeras ostentan esta condición. Una excepción la constituye la enfermera de servicio privado, que por lo regular es una contratante independiente, toda vez que sus actividades no están bajo control de otra persona. Tanto si la condición es la de empleada como la de contratante independiente, las enfermeras responden, tanto legal como moralmente, de la seguridad de sus pacientes.

En algunos casos, en que la condición legal es la de empleado, puede exigirse responsabilidad lo mismo al dueño que al empleado. Esto es en aplicación del principio del *respondeat superior* ("responda al superior"). Sin embargo, en algunos Estados, que operan bajo la doctrina de la *inmunidad caritativa*, dicha regla no se aplica si el patrón es una institución caritativa, pero existe ahora, con todo, una tendencia marcada hacia la imposición al mismo de una responsabilidad plena o parcial. En todos los casos, sin embargo, el empleado se considera también como responsable, porque cada persona lo es de los daños que ocasiona, y no hay escapatoria alguna de esta norma de derecho. En terminología legal, a todo individuo se le puede exigir responsabilidad por un *daño* o un *delito*, cada uno de los cuales constituye una injusticia.

DAÑOS CONTRA DELITOS

Daños. Un daño civil, o el incumplimiento de un deber legal que implique un perjuicio para un individuo o su propiedad, ya sea con intención o sin ella, constituye un acto lesivo, tanto según la ley escrita como según el derecho consuetudinario. La parte perjudicada puede emprender una acción legal, que se designa como "proceso civil". El demandado podrá ser condenado a pagar una indemnización, o, en algunos casos, la pena podrá ser de prisión. El daño más susceptible de afectar a la práctica de la enfermería es la negligencia.

Según la ley, la negligencia es la realización o la omisión no intencionales de un acto que se traduce en daño para una persona o su propiedad. *Consiste en dejar de ejercer la atención debida en el cumplimiento de un deber.* La negligencia en el ejercicio profesional, o el dejar de aplicar los conocimientos, las habilidades y el juicio necesarios en una situación determinada se designa como "práctica deficiente". Constituye la causa más frecuente de demandas contra enfermeras y otras personas profesionales. Puede hacerse responsables a las inspectoras, las maestras y las administradoras, lo mismo que a las enfermeras de cabecera, de negligencia en la ejecución de sus tareas, y cuanto más personal auxiliar se emplee, tanto más aumentan las implicaciones legales.

Otros daños que pueden afectar a las enfermeras, pero son causas menos comunes de acción, son: *asalto, golpeo, calumnia, difamación* y *secuestro*. Estos difieren de la negligencia en que, para la convicción, se necesita aprontar la prueba de que el acto fue intencional. El secuestro, aplicado a la atención de pacientes, podría comprender acaso el empleo no autorizado de coacción, la retención de un paciente en el hospital por falta de pago de una factura o por otra razón cualquiera, o el hecho de interferir en alguna otra forma su libertad.

Delitos. Un acto criminal, o el que se comete contra la integridad, la seguridad, la salud o alguna otra clase de bien del público se designa como *delito*. Constituye una violación de una ley escrita. La acción legal la inicia en este caso el Estado, y se designa como "proceso criminal". El perseguido podrá ser multado, o encarcelado, o ambas cosas a la vez, y todas las multas que pague pertenecen al Estado. Una injusticia puede ser a la vez un daño y un delito, en cuyo caso pueden emprenderse ambas acciones, la civil y la criminal.

Los delitos que caen dentro del ámbito de la práctica de la enfermería comprenden la violación de las leyes federales de narcóticos, de las leyes estatales de éstos, de las leyes relativas al aborto, así como de actos de las prácticas médica y de enfermería. El delito que constituye el mayor problema en este momento es el de actos en violación de la práctica médica. Los puntos controvertidos versan ante todo sobre el papel propio de la enfermera en la ejecución de ciertas técnicas que en otro tiempo eran del dominio del médico. Sin embargo, se va reconociendo cada vez más el hecho de que la práctica de la enfermería comprende ahora muchas de tales tareas. La prueba de esto puede encontrarse en recientes actos de práctica médica y de enfermería y en las decisiones judiciales correspondientes.

Se ha desarrollado, asimismo, la tendencia de que las asociaciones médicas, de enfermería y de hospitales estatales publiquen declaraciones conjuntas relativas a determinadas funciones controvertidas de enfermería, con objeto de establecer normas de la práctica de la misma. Si bien estas declaraciones colectivas no poseen fuerza legal de obligar, pesan, con todo, ante los tribunales. En todos los casos de acción legal que verse sobre presunta negligencia en la atención de pacientes, cabe esperar que las Declaraciones de las Funciones, las Normas y las Calificaciones para la Práctica de la Enfermería de la ANA jueguen un papel importante. Los informes de los médicos constituyen una prueba importante ante el tribunal, y una ficha completa y bien llevada de un paciente, sin enmiendas ni raspados, puede convertirse en un elemento importante del procedimiento legal.

SEGURIDAD ECONOMICA PARA LAS ENFERMERAS

El Programa de Seguridad Económica de la ANA. Algunos de los factores importantes que contribuyeron al desarrollo de la Unidad de Seguridad Económica de la ANA, en 1946, fueron un aumento rápido del costo de la vida, una escasez agobiante de enfermeras, y la necesidad de salarios más altos y de condiciones de trabajo mejoradas, si se deseaban mantener normas elevadas de servicio de enfermería. Sobre la base de los datos proporcionados por el Estudio Socioeconómico de 1946 y con la ayuda de expertos, se elaboró un Programa de Seguridad Económica de la ANA, para proporcionar un plan de mejora que pudiera ser adoptado y llevado a cabo por las asociaciones estatales.

A partir de este momento, las enfermeras se han hecho más claras en la formulación de principios y prácticas en vista del Programa de Seguridad Económica, el cual, a su vez, se ha reforzado y extendido. Además, un *Grupo Asesor Técnico,* compuesto de expertos en los campos de la economía, el derecho, las relaciones industriales y la enseñanza, proporciona asistencia a un Comité de Asistencia Económica y General de la ANA.

Programas de Seguridad Económica Estatales. Una tras otra, las asociaciones estatales de enfermeras se vieron inducidas a la acción a medida que diversos grupos laborales desarrollaron sus propios programas bajo la dirección de un Comité Nacional y un equipo de asesores. Se establecieron normas mínimas de empleo por las secciones estatales para los salarios de los grupos especializados, las horas de trabajo, vacaciones y fiestas pagadas, programas de permiso de enfermedad y salubridad, seguro social y de salud, planes de retiro, no discriminación contra grupos minoritarios y otros sujetos urgentes. Se redactaron a continuación contratos entre las asociaciones de enfermeras y los patronos, que dieron lugar a normas mejoradas para el personal, con una mejora correspondiente del servicio de enfermería y una mayor estabilidad en el personal de enfermeras.

El empleo de la negociación colectiva para la obtención de los objetivos perseguidos, que por mucho tiempo constituyó un tema controvertido, pese a que fuera aprobado por los miembros en una Convención de la ANA, va ganando terreno a medida que las enfermeras recurren con mayor frecuencia a la misma para fomentar su seguridad económica. Sin embargo, la mayor garantía para el funcionamiento de un programa de seguridad económica reside en las asociaciones estatales de enfermeras, 49 de las cuales lo han adoptado.

Planes Colectivos de Seguro contra Enfermedad. La introducción de planes colectivos de seguro contra la enfermedad ha constituido una fase importante del progreso económico de las enfermeras. Algunas veces, éstos los ofrecen los patronos y forman parte de los contratos colectivos de trabajo, pero lo más frecuente es que los patrocinen la asociación estatal o bien, ocasionalmente, la de distrito. Los riesgos cubiertos varían, pero comprenden por lo regular asistencia médica y ventajas hospitalarias en caso de accidente, enfermedad, hospitalización, servicios médicos y quirúrgicos, así como un seguro de vida, de pensión en caso de invalidez y pensiones de retiro.

Seguro de Responsabilidad Profesional. Los planes colectivos de seguro de responsabilidad profesional, patrocinados por la Asociación de Enfermeras Americanas, así como seguros similares patrocinados por las asociaciones estatales tienen por objeto cubrir los gastos de asistencia legal y el monto de las indemnizaciones que puedan resultar de un pleito. Los miembros pueden obtener información al respecto solicitándola a la Unidad de Seguridad Económica de la ANA, 10 Columbus Circle, Nueva York, N. Y. 10019.

Protección de Seguro Social. La ANA ha contribuido además a promover el bienestar económico de las enfermeras apoyando la legislación laboral y reformas de la Ley Federal del Seguro Social favorables a las enfermeras. Las enfermeras de la práctica privada y las que trabajaban en hospitales de beneficencia no estaban comprendidas en las disposiciones de la ley en cuestión, sino hasta 1950. Se cubrió asimismo por vez primera a los empleados gubernamentales estatales y locales. En 1954, la Ley fue ampliada para comprender a los ciudadanos empleados fuera de los Estados Unidos. La enmienda de 1961 amplió el seguro de invalidez y estableció, sobre una base optativa, la edad de retiro de 62 años, tanto para los varones como para las mujeres.

Seguro de Vida y Pensión de Retiro. Las pólizas de seguro a cargo de compañías acreditadas de seguro de vida se consideran constituir una forma excelente de seguridad económica. Diversas formas de póliza cubren necesidades particulares, siendo dos de ellas el seguro simple de vida y la pensión de retiro. El *seguro simple de vida* es la forma más económica de seguro de vida y se concerta para proteger a un beneficiario. Sin embargo, adquiere por lo regular un valor de redención al contado después de un determinado número convenido de años. El *seguro de pensión de retiro* implica pagos mayores, pero posee un mayor valor de contado al llegar a vencimiento. Este puede consistir en una cantidad alzada o en anualidades que proporcionen una pensión mensual para el sustento.

Bonos del Ahorro de los EE. UU. Existen diversas clases de Bonos del Ahorro de los EE. UU., algunos de los cuales pagan intereses semestrales, en tanto que otros los acumulan, para pagarlos al vencimiento. Proporcionan una forma sólida de ahorro sistemático para la seguridad económica del poseedor. Pero proporcionan asimismo fondos necesarios al gobierno nacional.

FONDOS DE ENSEÑANZA PARA ENFERMERAS

La enfermera registrada competente que desee adquirir una preparación más avanzada encontrará actualmente un número cada vez mayor de fuentes de asistencia financiera. La competencia al respecto es enconada y la demanda excede todavía de las disponibilidades, pero con cada año aumenta la lista de las fuentes. Las organizaciones de enfermería, agencias gubernamentales, diversas fundaciones, escuelas superiores y universidades, organizaciones comerciales, grupos patrióticos y numerosos individuos se dan cuenta de la necesidad de asumir gradualmente una parte de responsabilidad en la tarea de elevar el nivel de la asistencia humana mediante una buena enfermería.

Se sigue un criterio apreciativo en la selección de las aspirantes a becas de enseñanza, otorgándose la preferencia a aquéllas de las que se espera que puedan aportar contribuciones duraderas a la enfermería y la sociedad. A las que se proponen emprender lo que las universidades designan como un "estudio graduado" se les exige el título de bachillerato. A las estudiantes que deseen presentar una solicitud, ya sea para un estudio subgraduado o graduado, se les aconseja que consulten el número de *Nursing Outlook* de julio de 1966, para la selección de una escuela o universidad que haya sido aprobada al objeto por la Liga Nacional para la Enfermería. El Decano del Departamento de Enfermería de la institución que se elija debería consultarse directamente en demanda de información acerca de los cursos ofrecidos, de los requisitos de ingreso y de los fondos educativos que pueda haber disponibles para enfermeras.

El Comité de Carreras de Enfermería de la NLN publica un folleto, intitulado, *Becas, Subsidios, Bolsas de Estudio y Préstamos para Enfermeras Registradas,* que contiene información sobre una diversidad de fuentes de ayuda ofrecida sobre una base regional o nacional. También los periódicos nacionales de enfermería publican artículos y noticias acerca de fondos de enseñanza disponibles para enfermeros y enfermeras. Algunas de las fuentes principales de tales fondos se describen aquí, pero las hay otras y, además, otras nuevas se van añadiendo de vez en cuando, la mayoría de las cuales están libres del pago de impuestos. Puede obtenerse además información más detallada del Servicio de Asesoramiento y Colocación Profesional de la ANA o del Comité de Carreras de Enfermería de la NLN más próximos.

FONDOS PARA ENSEÑANZA DE ENFERMERAS, S. A.

La compañía Fondos para Enseñanza de Enfermeras, S. A. fue creada como una empresa independiente para reunir y administrar un número de becas, de bolsas de estudio y de préstamos para enfermeros y enfermeras que se habían ido creando en el curso de algunos años. Estos comprenden el *Isabel Hampton Robb Memorial Fund,* establecido en 1915; el *Isabel McIsaac Loan Fund;* el *Nurses' Scholarship and Fellowship Fund,* iniciado en 1952 por la asociación de alumnos del *Teachers College,* Universidad de Columbia; el *Shirley C. Titus Fellowship Fund,* en homenaje a la secretaria ejecutiva saliente de la Asociación de Enfermeras de California; y la *Dra. Clara D. Harding Scholarships,* fundada en 1964 por la Compañía del *American Journal of Nursing,* en tributo a la directora ejecutiva finada de la Asociación de Enfermeras Americanas.

El *Laura D. Smith Fund* fue añadido a la lista de fondos de enseñanza disponibles para enfermeras, en 1962, por la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera, en memoria de la directora anterior fallecida del *American Journal of Nursing,* quien dio un estímulo moral y material considerable a su organización. En este caso se da preferencia a miembros anteriormente activos de la NSNA.

Se van añadiendo de tiempo en tiempo nuevos fondos que comprenden legados, recordatorios y donaciones, tanto de individuos como de organizaciones profesionales y comerciales. Información y hojas de solicitud en relación con cualquiera de los fondos aquí mencionados pueden obtenerse escribiendo a *Nurses Educational Funds, Inc.,* 10 Columbus Circle, Nueva York, N. Y. 10019.

PREMIOS DE CAPACITACION DEL USPHS

Con objeto de asegurar una promoción adecuada y continua de especialistas en todos los campos de la enfermería, el Servicio de Salubridad de los EE. UU. ha iniciado un *Programa de Capacitación para Enfermeras Profesionales,* con cargo al cual se conceden subvenciones de estudio a instituciones de enseñanza aprobadas, las cuales, a su vez, otorgan premios de capacitación a aspirantes calificadas. Para poder solicitar uno de estos premios, la enfermera registrada ha de ser ciudadana de los Estados Unidos, o haber hecho una declaración de su intención de hacerse tal, y estar en condiciones de satisfacer los requisitos de admisión establecidos por la institución en vista para el estudio.

Hay disponibles dos clases de premios: a) Fondos de Capacitación para Estudio Académico de Tiempo Completo, y b) Fondos de Capacitación para Estudio en Breves Cursos Intensivos de Preparación, y desde su inicio, en 1956, hasta fines de 1964, más de 24 mil enfermeras se habían aprovechado de las oportunidades ofrecidas, con 10 mil de ellas siguiendo estudio académico de tiempo completo, y 14 mil siguiendo breves cursos intensivos de capacitación, en materia de administración, inspección y enseñanza.[2]

El objeto está en *mejorar la calidad de la atención de los pacientes* aumentando el número de enfermeras graduadas con una preparación especial para cargos en enfermería de salubridad pública, de enfermería de salud mental y psiquiátrica, de investigación en materia de enfermería y de rehabilitación. En 1964, se procedió a la prolongación por cinco años del Programa de Capacitación para Enfermeras Profesionales, con una ampliación destinada a comprender la preparación de especialistas de enfermería en los campos clínicos.

FONDOS DE CAPACITACIÓN PARA ENFERMERÍA DE SALUBRIDAD PÚBLICA. Estos fondos están a la disposición de enfermeros y enfermeras registrados, deseosos de prepararse para cargos iniciales en enfermería de salubridad pública mediante inscripción de tiempo entero en cursos de esta clase y afines. Las personas que aspiren a prepararse para una carrera de salubridad pública pueden dirigirse a una institución que cuente con una subvención de capacitación, solicitando información acerca de los requisitos de admisión y de la disponibilidad de fondos.

FONDOS DE CAPACITACIÓN PARA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICA. Se conceden a estudiantes subgraduadas y graduadas de programas de enfermería de escuela superior que deseen prepararse para cargos de responsabilidad en el campo de la enfermería de salud mental y psiquiátrica, en programas de enfermería nacionalmente acreditados. Subvenciones semejantes se conceden a médicos, para el estudio de la psiquiatría, y a auxiliares sociales, en vista de la labor psiquiátrica social. Una vez terminado su curso, las enfermeras están preparadas para cargos de dirección en una gran diversidad de empleos del campo psiquiátrico y de la salud mental. La información acerca de estos fondos y una lista de las instituciones que ofrecen cursos aprobados puede obtenerse de la *Training Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland 21214.*

FONDOS DE CAPACITACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ENFERMERÍA. Bolsas de estudio predoctorales y posdoctorales se ofrecen a enfermeras que deseen prepararse para la investigación en materia de enfermería o en un campo afín. Podrá tratarse acaso del estudio en una universidad, o de un entrenamiento especial en las habilidades y las técnicas de investigación en un centro dedicado a ella. Se solicitan investigadoras enfermeras calificadas ya sea para la investigación independiente, para la colaboración a una investigación de disciplinas múltiples, y

[2] *California Nurses Association Bulletin,* septiembre de 1964, p. 4.

FIG. 107. Rehabilitación en una reservación india. (Foto del Servicio de Salubridad Pública de los EE. UU.)

para dirigir y enseñar investigación de enfermería o en ciencias biológicas y sociales, que contribuyan al fomento de la salubridad. Las enfermeras interesadas, que posean el bachillerato, pueden escribir al Jefe de *Research Grants an Fellowships Branch, Division of Nursing, U. S. Public Health Service,* Washington, D. C. 20201, para información completa.

FONDOS DE CAPACITACIÓN PARA REHABILITACIÓN. En un esfuerzo por superar una escasez aguda de personal calificado en el campo de la rehabilitación, se proporcionan fondos de capacitación para la enseñanza de terapeutas laborales, especialistas del habla y el oído, asesores vocacionales, auxiliares sociales, médicos, enfermeras y otros, interesados en actividades que requieran conocimientos especiales de las técnicas de rehabilitación. Los fondos disponibles para enfermeras lo son para estudios al nivel de la maestría o la posmaestría en materia de preparación para la enfermería de rehabilitación, especialidades clínicas, enseñanza, administración, o consulta. Se conceden asimismo becas para cursos breves en aspectos especiales de la rehabilitación.

El objetivo a largo término es el de preparar número suficiente de personas con comprensión y habilidad para hacer que la rehabilitación se convierta en una parte integrante de toda atención de la salud. Puede obtenerse una lista de las escuelas que participan del *Office of Vocational Rehabilitation, Department of Health, Education and Welfare,* Washington, D. C. 20201.

FONDOS DEL CENTRO PEDIATRICO DE LOS EE. UU.

Proporciona fondos de capacitación para ayudar en la preparación de enfermeras para la consulta y la enseñanza en materia de maternidad y pediatría el *U. S. Children's Bureau, Department of Health, Education and Welfare.* Actualmente pueden obtenerse a través de cursos proporcionados por la Universidad de Boston, la Normal de Maestros, de la Universidad de Columbia, y la Escuela de Enfermería, Centro Médico de San Francisco, de la Universidad de California. Otras varias escuelas de salubridad pública en diversos lugares del país preparan enfermeras calificadas para la atención de madres e hijos en programas de salubridad pública.

Los subsidios del Centro Pediátrico pueden obtenerse también para programas breves en la atención de niños prematuros, en el *Institute in Premature Care, New York Hospital, 525 East 68th St.,* Nueva York, N. Y. 10019, así como en la Escuela de Enfermería de la universidad de Colorado, Boulder, Colorado.

OTROS FONDOS PARA ENFERMERAS

Fondo Nacional para la Instrucción en Enfermería Graduada. El Fondo Nacional para la Instrucción en Enfermería Graduada es una organización no lucrativa, financiada originariamente por el *Fondo Rockefeller Brothers,* pero desde su creación, en 1960, la lista de los que contribuyen ha crecido y comprende ahora muchos importantes sindicatos industriales del país. En 1964 se recibió una donación liberal de la Compañía del *American Journal of Nursing.* Su objeto es el de asegurar la mejor atención de los pacientes en nuestros hospitales mediante la mejora de los servicios y el profesorado de las escuelas graduadas de enfermería. La dirección a la que puede pedirse mayor información es: 90 Park Ave., Nueva York, N. Y. 10016.

Beca Mary M. Roberts para el Periodismo. La Beca "Mary M. Roberts" para el Periodismo fue creada en 1950 por la Compañía del *American Journal of Nursing,* con el objeto de permitir a aspirantes prometedores adquirir preparación en materia de redacción. Enfermeras con semejante preparación las necesitan los periódicos de enfermería y los autores de toda clase de literatura del ramo. La solicitante debe remitir un manuscrito original, no publicado, en cualquier forma literaria, excepto en forma de comedia o de guión para la televisión, que haya sido preparado expresamente para acompañar la solicitud.

La beca "Bixler". La beca "Bixler" fue iniciada en 1963, en memoria de la difunta *Dra. Genevieve K. Bixler,* miembro asesor permanente de la *Southern Regional Education Board* (SREB) y directora del *Southern Regional Project in Graduate Education and Research in Nursing.* Este proyecto produjo la creación de las seis primeras escuelas graduadas de enfermería en el Sur, esto es, las de la Universidad de Alabama, Universidad Emory, Universidad de Maryland, Universidad de Carolina del Norte, Universidad de Texas y Universidad Vanderbilt.

Sólo pueden solicitar la Beca "Bixler" graduadas sobresalientes de estas seis escuelas. Se concede anualmente por cada una de ellas, por turno, para ayudar a financiar el estudio al nivel de la posmaestría. Su objeto consiste en promover "los mayores esfuerzos de la estudiante en vista de la enseñanza superior y graduada mejorada, para enfermeras, en el Sur, y el desarrollo de la investigación en materia de enfermería".[3]

BECAS DE LA WHO PARA ESTUDIO EN EL EXTRANJERO

Cada Asamblea de la Salud Mundial ha insistido en la necesidad de un intercambio internacional de los conocimientos relativos a la salud y en la preparación de personal sanitario. Las becas de la OMS (WHO: *World Health Organization* = OMS: Organización Mundial de la Salud) están previstas para tal fin y han de concederse a individuos de los que pueda esperarse que contribuirán a los objetivos de sus respectivos gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud.

Las becas OMS suelen concederse a personas con dos o más años de experiencia en el campo elegido y que hablen y lean y escriban en el idioma del país extranjero elegido para el estudio. Durante el curso se mantiene un contacto directo entre el becario y la Oficina Regional más próxima de la OMS,

[3] Carpeta SREB, *"The Bixler Scholarship in Nursing".*

e inmediatamente después de terminado el estudio se requiere de todas las personas que han participado en él que pongan sus servicios a disposición de sus respectivos gobiernos por un determinado periodo de tiempo.

En los Estados Unidos, las becas de viaje de la OMS se conceden por periodos de dos a cuatro meses a personas dedicadas a actividades de tiempo completo en salubridad pública o en la enseñanza. Se tiene en cuenta no sólo la capacidad del solicitante, sino también los beneficios concretos que cabe esperar que otro país obtenga de la colaboración de aquél (o de aquélla) con sus servicios de salubridad.

Los participantes de amplia visión están en condiciones de despertar la conciencia de que cada país no es más que una parte de un sistema total de relaciones mundiales, y que la prosperidad del todo depende de que cada individuo así lo comprenda y colabore. Para información más completa, escríbase al Secretario de la *WHO Fellowship Selection Committee, Department of Health, Education, and Welfare, U. S. Public Health Service,* Washington, D. C. 20201.

BECAS "FULBRIGHT"

Diversos Decretos del Congreso han facilitado fondos para el Programa de Intercambio de Estudios con otros países, uno de los cuales, la Ley Fulbright-Hays, incluye entre sus beneficiarios a las enfermeras. En virtud de esta ley, se otorgan becas a los ciudadanos de los Estados Unidos con títulos de escuela superior, a quienes, sobre la base de sus conocimientos y experiencia, se considera como más competentes para aportar contribuciones especiales a sus dominios de especialización.

Toda vez que el objeto principal de la beca está en aumentar la comprensión mutua entre los pueblos de los Estados Unidos y los de otros países, se supone que los estudiantes elegidos deberán ser buenos representantes de su pueblo y de su forma de enseñanza superior. Pueden obtenerse más información y hojas de solicitud del Asesor del Programa "Fulbright" en el terreno de alguna universidad. Las becas se conceden a través del Instituto de Educación Internacional, 809 United Nations Plaza, Nueva York, N. Y. 10017.

Sugestiones para estudio

1) Indíquense diversos cambios importantes en los campos de la práctica de la medicina y la enfermería que han tenido lugar en estos últimos años. Señálense problemas en la práctica de la enfermería debidos a la escasez de enfermeras graduadas.
2) ¿En cuál de los dos grandes campos de la enfermería se propone la estudiante ingresar? ¿Qué clase de enfermería, en el campo en cuestión, le resulta más interesante? ¿Requiere ésta alguna preparación especial?
3) ¿Cuáles considera la estudiante que sean las ventajas y los inconvenientes de la labor con los servicios militares? ¿Cuáles servicios federales no militares emplean a enfermeras?
4) Se sugiere que una de las estudiantes escriba a la oficina más próxima de reclutamiento del Cuerpo de Enfermeras del Ejército, que figura en el Directorio del AJN, solicitando información acerca del *Programa del Ejército para Estudiantes de Enfermera;* que otra escriba a una dirección correspondiente para información similar relativa al *Programa para Aspirantes al Cuerpo de Enfermeras de la Marina,* y que otra más escriba al Servicio de Salubridad de los EE. UU., para información acerca del *Programa de Capacitación y Externo de Estudiantes para Oficiales Delegados* (COSTEP: *Commissioned Officer Student Training and Extern Program*). ¿Cuántas estudiantes de último año, de la escuela de la estudiante, aprovechan estas oportunidades?
5) Se sugiere que un miembro de la clase escriba a la ANA pidiendo ejemplares individuales del Código para Enfermeras Profesionales, de aquélla, obtenibles al precio de costo, y que otra estudiante escriba al CIE, pidiendo ejemplares del Código Internacional de Etica de la Enfermería. ¿Cree la estudiante que alguna sección de uno u otro de los dos Códigos debería revisarse o suprimirse, o que debería añadirse otra?
6) Indíquense razones que tienen las estudiantes de último año para revisar sus libros de texto y demás material en relación con las responsabilidades legales y morales de las enfermeras. ¿Cuáles preguntas propias se ha planteado la estudiante al leer estos textos? ¿Cuál es el objeto general de todas las leyes con las que la enfermera pueda entrar en contacto?
7) Explíquese la diferencia entre las licenciaturas taxativa y permisiva en relación con el ejercicio de la enfermería. ¿Qué progreso se está haciendo en vista de imponer la licenciatura obligatoria para el ejercicio de la enfermería profesional? ¿Para el de la enfermería práctica?
8) ¿Por qué reviste la cuestión de la licenciatura interestatal importancia considerable para muchas enfermeras? ¿Cuáles son las razones principales de suspensión o revocación de la licencia de la enfermera?
9) ¿En qué forma pueden las estudiantes ayudar a las enfermeras practicantes a ampliar su comprensión de las prácticas éticas en enfermería?
10) Después de efectuado un estudio de la Ley de la Práctica de la Enfermería en su estado, indique la estudiante cómo define la Ley a esta práctica.
11) Con base en lecturas de referencia, defina la estudiante el significado de los siguientes términos: daño, delito, el principio del *respondeat superior,* la inmunidad caritativa, el principio del *stare decisis,* la doctrina de la *res ipsa loquitur.*
12) Describa la estudiante situaciones de enfermería concretas, ya sean reales o imaginarias, para ilustrar los siguientes conceptos: negligencia, difamación, calumnia, asalto y golpiza.
13) ¿En qué forma fomentan la ANA y las Asociaciones Estatales de Enfermeras la seguridad económica de éstas? ¿Cómo puede ayudar la enfermera individual a las asociaciones en éstas y todas las demás actividades?
14) Señálense cuatro o más beneficios proporcionados por la Póliza de Seguro de la Responsabilidad Profesional de las Enfermeras Registradas, de la ANA.
15) Se recomienda que el representante de una gran compañía de seguros de vida exponga las diversas formas de las pólizas de estos seguros, y que un miembro de la clase obtenga información de un Banco acerca de los Bonos del Ahorro de los EE. UU.
16) Compare la estudiante las disposiciones relativas a la seguridad económica de las enfermeras que existen en los servicios de salubridad pública de su localidad, o de aquélla en que espera establecerse una vez terminados los estudios.
17) Se sugiere que las estudiantes indaguen diversas fuentes de fondos de enseñanza disponibles para enfermeras, y que indiquen a continuación cuáles les parecen más atrayentes en relación con sus respectivos propósitos.
18) Cite la estudiante cierto número de contribuciones salientes de enfermeros varones desde los primeros tiempos del Cristianismo y a través de la Edad Media y del Renacimiento hasta nuestros días. Con base en el número corriente de *Facts About Nursing,* calcule la estudiante el porcentaje de enfermeros varones empleados en los diversos campos de la enfermería.
19) Establezca la estudiante una lista de las clases de puestos en los que están empleados enfermeros en la localidad de su residencia, o en la que está situada la escuela.
20) Se sugiere que un grupo de estudiantes formen un archivo de folletos y opúsculos actuales sobre temas de enfermería, de interés pa-

ra todas las estudiantes de último año, que luego las clases futuras puedan seguir manteniendo al día.

Bibliografía

Brown, Esther Lucile: Newer Dimensions of Patient Care. Parte 3. Patients Are People. New York, Russell Sage Foundation, 1964.

Bullough y Bullough: The Emergence of Modern Nursing. New York, The Macmillan Co., 1964.

Creighton, Helen: Law Every Nurse Should Know. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1957.

Dietz, Lena Dixon: History and Modern Nursing, Philadelphia, F. A. Davis Co., 1963.

Griffin y Griffin: Jensen's History and Trends of Profesional Nursing. St. Louis, The C. V. Mosby Co., 1965.

Hayes y Gazaway: Human Relations in Nursing. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1964.

Lambertsen, Eleanor C.: Education for Nursing Leadership, Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1958.

Lesnik y Anderson: Nursing Practice and the Law. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1962.

Pelley, Thelma: Nursing—Its History, Trends, Philosophy, Ethics and Ethos. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1964.

Roberts, Mary M.: American Nursing: History and Interpretation. New York, The Macmillan Co., 1954.

Rogers, Martha E.: Reveille in Nursing. Philadelphia, F. A. Davis Co., 1964.

Simmons y Henderson: Nursing Research; A Survey and Assessment. New York, The Macmillan Co., 1964.

U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare. Washington, D. C. Nurses for Leadership. (The Professional Nurse Traineeship Program. Report of the 1963 Evaluation Conference.) Public Health Service Publication No. 1098, 1963.

American Journal of Nursing

. "The ANA Economic Security Program — What It Is and Why" — Schutt. Abril, 1958, p. 520.

"The Changing Role of the Professional Nurse in the Hospital" — Whitaker. Feb., 1962, p. 65.

"The Law and the Nurse" — Hershey. Serie empezada en feb. 1962, p. 75.

"The Nature of Nursing" — Henderson. Agosto, 1964, p. 62.

Capítulo 16

LA ENFERMERIA EN IBEROAMERICA

ARGENTINA

Si nos remontamos a los orígenes de la enfermería en el Río de la Plata, vemos que en la época de las misiones de los jesuitas se habla de un enfermero llamado Curuzuyá, de raza guaraní, quien bajo la dirección de un sacerdote misionero, recorría las casas del pueblo y asistía a los enfermos.

Siempre a cargo de diversas órdenes religiosas, se procuraba colaborar en la lucha que los primeros médicos debieron sostener durante el virreinato del Río de la Plata contra las pestes que azotaban a menudo a la población.

Ya en la época de la revolución, cabe recordar el nombre de algunas mujeres patricias que actuaron como enfermeras; María Remedios del Valle, Camila Rolón (1842-1913) y Agustina Bermejo (1851-1871).

Las primeras enfermeras dedicadas a esta tarea específica, datan de la época de Rosas. Eran prácticas y sólo actuaban llevadas por la caridad o la necesidad.

De Inglaterra fueron traídas discípulas de Florence Nightingale para el Hospital Británico. En el año de 1889, vienen de allí cuatro discípulas al Hospital y en ese mismo año llega Miss Elmes del Hospital de Santo Tomás de Londres con sus discípulas Miss Kassosick y Miss Anderson quienes establecen la escuela de enfermeras, intento que fracasa pues su modalidad no se adapta a nuestro ambiente.

En 1908, Miss Ana Matilde Elmes decide a Florence Nightingale organizar la escuela que perdura hasta hoy.

En 1860 llegan al hospital británico Miss Carrier, Miss Cunningham y Miss Denwskiers, quienes no soportaron el cambio de ambiente y renunciaron.

Actualmente, la escuela del Hospital Británico funciona bajo la dirección de G. Roberts, primera directora graduada en la misma escuela.

En 1883 el Dr. Ramos Mejía propone que se exijan más conocimientos a quienes se prestaban para ocupar plazas de enfermeras en los hospitales, pues no se tenía ninguna clase de exigencias para con las candidatas.

Al Dr. Ramos Mejía se le debe también la idea de una escuela para enfermeras en la Municipalidad. Esta escuela se abrió en 1891, al reconocerse oficialmente la que en 1886 fundara la Dra. Cecilia Grierson.

Se dispuso la creación de una oficina de colocaciones para enfermeros de ambos sexos anexa a la escuela, con lo cual se procuraba ampliar el radio de acción, distribuyendo el personal en la forma más extensa posible.

Se votó una partida en el presupuesto municipal para costear los gastos de la Escuela de Organización, teniendo en cuenta las similares de Inglaterra, Estados Unidos de N. A. y Suecia.

Del año 1892 al 1899 se diplomaron 78 alumnos y de 1903 a 1909 el número de diplomados ascendió a 148 en total.

Cecilia Grierson. Su nombre está ligado a la enfermería argentina pues fue la primera mujer que en forma organizada se ocupó de la instrucción de enfermeras. Nació en Buenos Aires el 22 de noviembre de 1859. Pasó sus pri-

meros años en la campiña uruguaya y entrerriana recibiendo instrucción mediana. A los 14 años abre una escuela en el campo de sus padres para impartir enseñanza a los niños de los alrededores. En 1876 ingresa en la escuela normal Roque Sáenz Peña y obtiene el título de maestra en 1878.

Sarmiento la nombra entonces directora de la escuela parroquial de San Cristóbal, donde su obra de educadora es muy eficaz.

Siendo directora de la escuela de adjuntos de la parroquia de La Piedad, ingresa en la facultad de medicina.

Durante la epidemia del cólera en 1886 y 1887 actúa como practicante en la casa de aislamiento; obtiene por concurso los puestos de practicante en el hospital Rivadavia, en el hospital de Mujeres, en los consultorios del Círculo Médico, y compenetrada de la necesidad de preparar personal capacitado como auxiliar de médicos funda en el año 1886 la primera escuela de enfermeras de Sudamérica declarada oficial en 1891 y dependiente de la municipalidad.

Al principio, los cursos duraban un año, al cabo del cual los alumnos obtenían su diploma; pero, más tarde, se amplió la duración de los mismos y se establecieron condiciones de ingreso.

Acción de la Cruz Roja Argentina. En el año de 1880 una revolución sangrienta estalla en Buenos Aires. Se constituyen hospitales de sangre, de Acción de Caridad, Colegio del Salvador, Hospital Español, Hospicio de las Mercedes. Se distinguen en la tarea de auxiliar a los heridos, los doctores Pedro A. Pardo, Ayerza, Lucio Meléndez, Pablo Marengo, José María Ramos Mejía, Julio Fernández, Ignacio Pirovano y Juan Argerich. En el Ho pital de Sangre, instalado en el Salvador, se plantea una situación cuya solución dejó asentada una doctrina.

Las autoridades de dicho hospital negaban la entrega de heridos al bando contrario. La Junta Directiva de la Cruz Roja apoya esta decisión y queda asentado el siguiente principio:

"Los heridos y enfermos que se encuentran en hospitales y ambulancias de la propiedad de la Cruz Roja, serán devueltos a sus respectivos bandos y no al enemigo, sin más compromisos de humanidad que la palabra de honor de no tomar las armas". Se considera neutral al herido o enfermo, de acuerdo a los principios establecidos.

Ya entonces, la Cruz Roja tiene en la Argentina una vida activa e importante.

En 1884 participa por primera vez en la Conferencia Internacional de Ginebra, enviando como delegado al Dr. Emilio Collins.

En 1920, la Cruz Roja Argentina funda la Escuela de Enfermeras constituyéndose a tal efecto una comisión de damas presidida por la Sra. Guillermina César de Wilde.

En 1928 se funda la Escuela de Samaritanas y de Visitadoras de Higiene Social Individual y Escolar.

Actualmente tiene filiales en Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos, Corrientes, Santiago del Estero, San Juan y en la mayoría de ellas hay escuelas de enfermeras.

La enfermería en la actualidad. Según datos de 1955, existían alrededor de 2 479 instituciones incluyendo hospitales, sanatorios y clínicas, para atención intermural de enfermos, con un total aproximado de 132 476 camas.

Se calcula que hay 2 052 consultorios externos y oficiales, a los que habría que añadir servicios y clínicas privadas. Cada año aumenta el número de hospitales; hay un total de 4 531 establecimientos dedicados a la atención de la salud. La encuesta preliminar sobre servicios y recursos de enfermería, puso en evidencia que en los últimos 30 años, se graduaron aproximadamente 6 000 enfermeras. Por otra parte, se estima que es de 12 000 el número de personas adicionales autorizadas para ejercer la enfermería, de acuerdo con el decreto del Gobierno del año 1960.

En el año de 1956 fueron seleccionadas las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Chaco, Santa Fe, Tucumán y Mendoza para la aplicación de un programa de asistencia técnica y económica.

El Progreso y su Eco. Todos estos planes y proyectos han dado su fruto. En 1956 funcionaba ya en la Universidad de Tucumán, la escuela de enfermería, cuya fecha de reconocimiento figurará en hoja aparte.

También funciona la Universidad de Córdoba en 1956, existiendo desde el año 1929 la Escuela de Enfermeras y Visitadoras de Higiene de la Universidad del Litoral, escuela que funcionó hasta 1944.

En ese año cesa, para crearse en 1959 la escuela superior de enfermería, dependiente también de la Universidad Nacional del Litoral de la Facultad Nacional de Ciencias Médicas que todavía funciona.

En 1960, cuando la Universidad Católica del Mar del Plata comienza a dictar cursos de supervisor, administración y enseñanza de enfermería para enfermeras profesionales, a la par que es reconocida su escuela de enfermería.

Desde 1957 bajo los auspicios del ministro Ramón Carrillo, se organiza un curso de instructoras de enfermería dirigido por la señorita María Elena Ramos Mejía.

Egresaron de este curso cuarenta y siete instructoras, de las cuales veinticinco bajo la dirección de la señora Sofía Pincheira de Erenberg, supervisora general de las unidades sanitarias de Chile, comienzan su instrucción de enfermería sanitaria.

Más tarde, de este grupo, diecisiete instructoras son becadas para completar con la práctica en las Universidades chilenas.

Al regreso de las becarias, se crea en la capital federal la escuela de Visitadoras Sanitarias del Ministerio de Salud Pública.

Las alumnas, ciento treinta en total, han sido seleccionadas en las provincias donde van a desarrollar su acción futura, medida que evitará: primero, el desarraigo del lugar donde han nacido, y segundo, la readaptación ambiental.

En la actualidad hay en la República Argentina tres niveles de enfermeras:

a) Enfermeras universitarias o de nivel superior.

b) Enfermeras de nivel medio o diplomadas.

c) Auxiliares de enfermería.

Estos tres niveles fueron delimitados por el anteproyecto de Ley de Enfermería del año 1959, reafirmados en el Seminario del Plan Argentino (año 1963) de la Cruz Roja y presentados en el VII Congreso Mundial del C. I. C. I. A. M. S.

BRASIL

La historia de todas las colonias sudamericanas, de España o de Portugal, tiene grandes puntos de semejanza, como la tiene la de los veinte países que de ellas nacieron.

Brasil presenta algunas diferencias, como la de la lengua y el haber aceptado la monarquía antes de proclamar la República, pero conserva con todo, afinidades profundas con las demás naciones hispanoamericanas.

Colonizado por portugueses, en tanto que otras regiones lo fueron por españoles Brasil guarda, sin embargo, con los países latinoamericanos, las mismas semejanzas que éstos entre sí.

En el periodo colonial resulta fácil advertir dos tipos de enfermería y medicina.

Medicina y enfermería indígenas. La medicina y enfermería de los indígenas estaban constituidas por un conjunto de supersticiones y conocimientos empíricos. Las creencias básicas de los pueblos salvajes acerca de las causas de las enfermedades y su confianza en los poderes mágicos para conjurarlas, se reflejaban en su arte de curar. Gracias a sus observaciones prácticas, la terapéutica empírica era en ocasiones bastante eficaz. Utilizaban diversas plantas medicinales, cuyos efectos conocían; preparaban antídotos para el veneno de serpientes, aplicaban ventosas y utilizaban la corteza de ciertos árboles. Las mujeres se encargaban de la vigilancia del enfermo y de las aplicaciones más simples.

Medicina y enfermería entre los colonos. Los jesuitas introdujeron en el Brasil los conocimientos médicos de la época. También colaboraron en la fundación de varios hospitales, por el estilo de aquellos establecidos poco tiempo antes en Portugal por Fray Miguel de Contreras, religioso español. Estas instituciones fueron sostenidas por la

iniciativa religiosa; más tarde el gobierno les prestó su colaboración.

Contribuyeron a un medio eficaz para mejorar la enfermería, pues le garantizaban auxilio material y la protección del gobierno.

El primer hospital de Brasil se fundó en Santos en 1543, a iniciativa del colono Braz Cubas; el de Río de Janeiro debe su existencia al padre José de Alcheita. En estos hospitales, la enfermería se benefició de la orientación de los jesuitas, quienes aprovecharon algunos de los medicamentos indígenas. Contaron con la cooperación de colonos y esclavos; algunos de éstos, aprendían de sus señores la enfermería casera de la época y eran colocados luego en los hospitales oficiales y en otros particulares.

En el Brasil colonial, a este periodo siguió otro de decadencia en el tratamiento de los enfermos, en que todo quedó prácticamente estacionario.

Con la apertura de dos escuelas de medicina, una en Bahía, en 1808, y otra en Río, en 1830, se lograron algunos adelantos en obstetricia, gracias a la creación de escuelas y cursos para parteras. Aunque rudimentarias, estas escuelas deben mencionarse, porque fueron las primeras instituciones femeninas relacionadas con la enfermería.

Voluntarias. La historia conserva los nombres de dos heroínas de la caridad, que se distinguieron en el servicio voluntario de los enfermos; las dos nacieron en Bahía y fueron, Francisca de Sande y Ana Neri. La primera vivió en el siglo XVII; viuda a los 30 años, acudía a los hospitales a atender a los enfermos, a quienes procuraba lo que les hacía falta, y cuando en tales centros no había alojamiento, acogía a los enfermos en su propia casa. No rechazaba a los contagiosos ni a los desahuciados. Con toda justicia se la considera como la precursora de la enfermería en Brasil.

Ana Justina Ferreira Neri, reveló su capacidad y dedicación durante la guerra con Paraguay (1865-1870). Durante cinco años estuvo en los campos de batalla, demostrando una abnegación a toda prueba. De allí regresó a los 50 años, y quedó viuda a los 54. Para perpetuar su memoria, se dio su nombre a la primera escuela de altos estudios fundada en Brasil.

Progresos de la medicina durante el imperio. Durante el segundo imperio se registró un gran progreso de la enfermería, con la llegada de las Hermanas de la Caridad a la Casa Santa de Río de Janeiro, y sucesivamente, a los demás hospitales del país. Muchos fueron los magníficos resultados obtenidos en los servicios: orden, dedicación, disciplina, economía y elevación de la moralidad en general, por lo que se intensificaron los esfuerzos para dotar de religiosas al mayor número de hospitales.

Progreso de la medicina y la enfermería después de la República. La creación de nuevas cátedras en la Escuela de Medicina, fue el origen de los estudios efectuados por los grandes valores de la clase médica en Brasil; la revolución provocada por los descubrimientos de Pasteur dio nuevo impulso a los estudios, cuya influencia se hizo sentir beneficiosamente en la práctica de la medicina. La creación de una colonia de enfermos mentales, inspiró la fundación de una escuela de enfermeros, llamada "Escuela Alfredo Pinto"; el curso de la misma duraba dos años.

La Cruz Roja Brasileña comenzó sus actividades en 1909, y durante la primera guerra mundial organizó los cuerpos de primeros auxilios. Más tarde, ante la necesidad de escuelas para la formación de profesionales, inauguró una en Río de Janeiro, cuyo curso era de dos años.

El gran defecto de estos cursos, fue el haber quedado exclusivamente bajo la dirección médica. Esta fue una de las causas de la lentitud en los progresos de la profesión.

Ahora, estas dos escuelas están bajo la dirección de enfermeras, y siguen los programas establecidos por las escuelas reconocidas por el gobierno.

Fundación de la Escuela Ana Neri; su influencia en los avances de la enfermería. En 1923, se abrió una escuela inspirada en las normas establecidas por Florence Nightingale, por iniciativa del ilustre médico brasileño Carlos Chagas, a la sazón Director del Departamento Nacional de Salud Pública, quien hizo que el gobierno brasileño llegara con la Fundación Rockefeller a un acuerdo, en cuya virtud varias enfermeras norteamericanas y europeas iniciaron en Brasil la enfermería de Salud Pública y fundaron una escuela de altos estudios para enfermeras.

Miss Clara Louise Kienninger, fue la primera directora. La escuela funcionó durante 10 años, sin que se pensara en fundar otra semejante. Se otorgaba diploma anualmente de 15 a 40 enfermeras; con tan pequeño número de egresadas, los servicios de salud pública se organizaban lentamente, y con igual ritmo mejoraban los servicios de los pocos hospitales que podían contar con una enfermera graduada. Es por esto que la Escuela Ana Neri, representa un caso único en la historia de la enfermería en Brasil. No sólo se le debe la iniciación de la enfermería profesional con bases modernas, sino también la fundación, por maestros y exalumnas de la Asociación Brasileña de Enfermeras Diplomadas, afiliada al Consejo Internacional de Enfermeras desde 1929.

Fundación de otras escuelas. En 1933, se inauguró en Belo Horizonte, la Escuela de Enfermería "Carlos Chagas"; gracias a su fundadora y organizadora Sra. Lais Netdos Reys; se le debe la formación de las cinco primeras Hermanas de la Caridad, diplomadas en Brasil, y el primer intento para organizar los cursos de auxiliares de enfermeras. Desde entonces, el ritmo de la fundación de escuelas se ha venido acelerando, contando en la actualidad con 25.

De estas escuelas, una constituye la Unidad Universitaria "Ana Neri"; cinco forman parte de universidades, a través de la Facultad de Medicina (Sao Paulo, Bahía, Pernambuco, Minas Gerais y Río Grande del Sur); las demás son independientes, pero están reconocidas por el Ministerio de Educación; diez son dirigidas por religiosas; dos están sostenidas por la Cruz Roja, una por la Misión Evangélica y otra por la Prefectura del Distrito Federal.

Cursos de posgraduadas. Muchas enfermeras han recibido becas para seguir cursos en escuelas de Estados Unidos de Norteamérica; algunas en Inglaterra. Por iniciativa de Olga Salinas Lacorte, la Escuela Ana Neri inició hace tres años cursos para profesoras, seguido por enfermeras de su propio cuerpo, por maestras de otras escuelas y por algunas enfermeras jefes.

La escuela de Enfermería de Sao Paulo realizó, en 1950, cursos de perfeccionamiento que incluían especialización en ortopedia, tuberculosis y psiquiatría. Las enfermeras han seguido también cursos de organización de hospitales, impartidas por el Ministerio de Educación y Salubridad. Estos cursos, apenas iniciados, representan una etapa de progreso de la enfermería; se procura formar dirigentes, a fin de proveer a todas las escuelas de personas capacitadas para la dirección y enseñanza.

Asociación Brasileña de Enfermeras Diplomadas. Fue fundada en 1926; poco después de la graduación de los primeros grupos en 1929 se afilió al Consejo Internacional de Enfermeras.

Su órgano oficial, *Anais de Enfermagem* inició su publicación en 1932, bajo la dirección de Raquel Haddock Lobo, primera directora brasileña de la Escuela Ana Neri. Después de las dificultades que suelen acompañar la iniciación de publicaciones semejantes, como su escasez de lectores, sector limitado y poco numeroso, la revista ha progresado mucho durante estos últimos años, gracias a los esfuerzos de la presidenta de la A. B. de E. D., Edith de Magalhaes Frankel, y de la secretaria de *Anais de Enfermagen,* Glita de Alcántara.

Los congresos anuales organizados por la A. B. de E. D. desde 1947 han dado gran impulso a la Asociación, que se ha ido organizando poco a poco en el sector estudiantil y en los distritos; en la actualidad, aquella cuenta con once filiales.

Literatura. Poco existe en Brasil en materia de publicaciones para enfermeras. A la Dra. Zaira Cinta Vidal se deben los tres primeros textos para estudiantes: Técnica de Enfermería, Técnica de Cirugía, y Drogas y Soluciones. La enfermera Margarita Rosas publicó un libro de dietética, que durante muchos años fue el único en su género.

Algunos médicos han escrito manuales para enfermeras, aunque demasiado resumidos, así como algunos libros de primeros auxilios.

En ginecología, pediatría, puericultura e higiene, hay trabajos de gran valor, de suma utilidad para las estudiantes de enfermería.

Entre las traducciones, existen excelentes trabajos de algunas sociedades, como la Sociedad Brasileña de Higiene. El Ministerio de Educación y Salubridad ha publicado folletos sobre diversos asuntos de enfermería; por su alto valor, merece especial mención *Aspectos de la Situación de la Enfermería en Brasil*, preparado por Isaura Barbosa Lina, que ha estimulado mucho la fundación de escuelas y que probablemente provocará la publicación de nuevos textos de las materias incluidas en el plan de estudios.

Legislación. A pesar de que las enfermeras diplomadas no llegan a 3 000, no escapó a los legisladores la necesidad de ampararlas legalmente. Es éste uno de los medios más eficaces de velar por la salud del pueblo, pues atrae a la profesión elementos de valía y aumenta el número de profesionales.

En 1931 se estableció un registro legal de enfermería. En 1945, se legisló en el sentido de otorgar título de enfermera práctica a las enfermeras diplomadas, mediante un examen de habilitación. En 1946, se crearon las auxiliares de enfermería. En 1949, la ley 775 estableció normas para las escuelas de enfermería y para los cursos de auxiliares. Un año más tarde, los cursos de auxiliares, que ya existían con anterioridad, adoptaron los nuevos reglamentos, lo mismo que los que se inauguraron después; en total suman 20.

Conclusiones. En la evolución de la enfermería en el Brasil, se observa que a partir de la fundación de la Escuela Ana Neri no hubo retroceso. El progreso de los diez primeros años fue notorio en algunos de los servicios de salud pública, así como en el desenvolvimiento de la propia escuela y en el esfuerzo para sostener a la Asociación.

De 1933 a 1943 no sólo hubo muchas fundaciones de escuelas, sino que se intensificó la práctica de emplear enfermeras diplomadas para dirigir el servicio de los hospitales. En el decenio siguiente, se intensificó el progreso en todos los sectores: nuevas escuelas, esfuerzos para mejorar la preparación de las alumnas, mejores instalaciones, ampliación y renovación de estudios, creación de departamentos de enfermería en diversos hospitales, algunas realizaciones más eficaces en salud pública rural, fortalecimiento de la Asociación y de su órgano oficial, estudio de los problemas permanentes de la profesión, e intercambio cultural con diversas naciones.

A pesar del pequeño número de enfermeras diplomadas, de algunas deficiencias en materia de escuelas y servicios, de innumerables obstáculos que hay que salvar para mantener y elevar el nivel que exige el concepto de la enfermería, y de que muchas veces se ha tenido que repetir el mismo esfuerzo antes de llegar a un resultado satisfactorio, las esperanzas de próximas conquistas en el campo de la salud, son buenas.

Diversas organizaciones están luchando por proporcionar a sus trabajadores servicios de asistencia modernos; de tal lucha resultarán una mayor demanda de profesionales, mejor valoración de su trabajo y mayor florecimiento de las escuelas.

COLOMBIA

La historia de la enfermería en Colombia data de años remotos y es una historia de infinito esfuerzo, de intrépido coraje y de brava iniciativa contra las condiciones del clima y las enfermedades nuevas, que hicieron de los valientes soldados los primeros pacientes.

Muy poco se sabe acerca del cuidado de los enfermos entre los primitivos habitantes; pero los indios conocían la propiedad curativa de algunas plantas, y este conocimiento fue aprovechado por los primeros conquistadores.

Poco tiempo después del descubrimiento de América, dice la historia que una epidemia de viruela, enfermedad muy conocida en Europa en aquel tiempo, azotó a las ciudades del territorio que hoy se llama Colombia. Con las tropas de Sancho Girón, en 1622, llegó la epidemia de fiebre tifoidea. Esclavos africanos del tiempo de Balcázar llevaron la lepra, dejando gran número de víctimas de este nuevo padecimiento.

Pedro Claver, jesuita español, levantó el primer hospital para enfermos en el siglo XVII. Al principio se destinó sólo para leprosos, pero poco a poco fueron recibiendo a todos los enfermos que necesitaban cuidados médicos y de enfermería.

Después del periodo de la colonia, encontramos a los padres jesuitas con amplios conocimientos sobre el valor medicinal de las plantas que crecían en Colombia, que usaban para curar a los enfermos.

El primer hospital de Bogotá, fue el de San Pedro, construido por Fray San Juan de los Barrios, en los últimos años del siglo XVIII, atendido por los Hermanos de San Juan de Dios, a quienes se debe la organización del primer servicio de enfermería con los mismos pacientes que habían permanecido por algún tiempo hospitalizados. La construcción y decoración de este hospital se efectuaron bajo influencia española; por consiguiente, muchas de las costumbres originales de España se adaptaron a los nuevos pabellones.

En 1723, el Dr. Pedro Pablo Villamor, que vivía y trabajaba en Colombia, edificó un nuevo y grande hospital, porque la ciudad iba creciendo y necesitaba más espacio para el cuidado de sus enfermos. El hospital se inauguró en 1739 con siete días de fiesta, durante los cuales trasladaron a los pacientes del viejo hospital, en silla de mano, los asistentes a ellas. Este nuevo hospital se llamó de San Juan de Dios, nombre que aún conserva, y todavía presta servicios a la gente pobre y enferma de Colombia. Las Hermanas de la Caridad lo tienen a su cargo desde 1922.

La primera vez que se menciona a la mujer como enfermera, es en 1857, cuando las Hermanas de la Caridad llegaron de Francia a Colombia, para cuidar a los enfermos en el Hospital de San Juan de Dios; algunas, por haber practicado en los hospitales de Francia, y otras por espíritu religioso, habían dedicado su vida con devoción a la práctica de la caridad. En Colombia, lo mismo que en otros países del mundo, Hermana de la Caridad es sinónimo de cuidado de los enfermos y de los ancianos.

En 1904, otro grupo de mujeres, que no eran religiosas pero tenían espíritu de caridad y gran compasión por los que sufrían, dedicaron su vida al cuidado de los pacientes. Por ese tiempo, el Dr. Calvo regresó de Europa, y se dio cuenta de la gran necesidad de personal de enfermería preparado.

Fundó una escuela en Cartagena, organizada de acuerdo con las que había visto durante su viaje por Europa. La llamó Escuela de Enfermeras y Parteras, y durante sus años de vida, preparó a muchas enfermeras, que contribuyeron en forma considerable a la salud del pueblo colombiano.

En 1911, José Ignacio Berberi fundó otra escuela para enfermeras en Bogotá, a la que llamó Escuela Profesional para Señoritas, abierta a aquellas que querían consagrar su vida al cuidado de los enfermos, para la cual debían ejercitarse en las actividades necesarias. Berberi escribió el primer texto de enfermería, llamado *Manual de Enfermeras*, que se utilizó para enseñar anatomía, patología, fisiología e higiene a las estudiantes.

En 1920 se fundó una escuela para enfermeras, bajo la dirección de la Facultad de Medicina, llamada Escuela Nacional de Enfermeras, siendo dirigida y vigilada por dos hermanas de la Caridad procedentes de Francia. A las estudiantes se les enseñaba anatomía, fisiología, medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y practicaban en el Hospital de San Juan de Dios. El primer grupo de nueve se graduó en 1927; desde entonces, hasta 1937 en que se cerró la escuela, se graduaron 82 enfermeras que se sumaron a las personas que ya dedicaban su vida al cuidado de los enfermos en Colombia.

El Centro de Acción Social Infantil fue otra escuela fundada en 1929, cuya función principal era la enseñanza del mejoramiento de la vida social. La du-

ración de los cursos era de tres años y al cerrarse, en 1945, había preparado en total a 46 enfermeras graduadas.

En 1930, bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller, se fundó la Escuela para Enfermeras en Salud Pública, dirigida por dos enfermeras procedentes de los Estados Unidos de Norteamérica. Esta escuela funcionó bajo la dirección del Dr. José María Montoya y graduó dos grupos, con un año de estudio. Por este tiempo, Colombia al igual que otros países, empezó a comprender que la prevención de las enfermedades es tan importante como su curación y que la salud del pueblo descansa en las manos de quienes pueden llevar a cabo la labor profiláctica.

La escuela de enfermeras de la Universidad Nacional fue fundada por la señorita Elena Samper, en 1937, después de su regreso de Estados Unidos de N. A., donde se había graduado como enfermera en el Centro Médico de New Jersey. En los dos años que estuvo al frente de dicha escuela fue capaz de poner al servicio de la enfermería las ideas más progresivas y avanzadas de aquellos años. Su muerte fue una trágica pérdida para la enfermería colombiana. De esta escuela salió buen número de enfermeras científicamente preparadas.

En 1938, bajo la dirección y administración de la Srita. Blanca Martí, inició sus actividades la escuela de la Cruz Roja Nacional, con cursos de tres años, de donde han salido también muchas enfermeras bien preparadas.

El 13 de marzo de 1944, la Escuela Nacional Superior de Enfermeras abrió sus puertas al primer grupo de 43 estudiantes, cuya credencial era el diploma de bachiller normalista superior; desde esa fecha hasta el presente se han graduado en Colombia un total de 116 enfermeras. El Instituto de Asuntos Interamericanos, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Fundación Rockefeller cooperaron con el gobierno nacional en la organización de esta escuela. Organización, programas y cursos fueron planeados igual que en la más moderna y progresiva escuela en los Estados Unidos de N. A., y las instructoras y supervisoras fueron enviadas a aquel país a cursos de posgraduación en enfermería, para enseñar y orientar a las estudiantes al regresar a Colombia. La práctica se hace en el Hospital de San José, en los pabellones de medicina, cirugía, obstetricia y consulta externa. La práctica de pediatría se hace en el hospital de la Misericordia, y la de la salud pública, en el Centro de Higiene núm. 6, del barrio Ricarte. El Servicio Cooperativo edificó, en el Hospital de San José, un nuevo pabellón, para que las estudiantes hagan sus prácticas de psiquiatría. La más moderna y bella residencia fue construida por el Servicio Cooperativo para las estudiantes, en los prados de la Ciudad Universitaria, en donde éstas trabajaban en una atmósfera sana y de devoción al estudio.

En 1951, la Universidad de Antioquía en Medellín teniendo en cuenta que la salud de la comunidad depende del personal preparado en el cuidado del enfermo y en la prevención de las enfermedades, empezó a impartir un curso para enfermeras. Esta escuela de la Universidad de Antioquía funciona con buen éxito bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad.

Por lo que antecede, puede apreciarse la evolución de la enfermería en Colombia desde su práctica como caridad hasta la preparación científica como profesión, que progresó a la par de las otras profesiones, adaptándose particularmente a la vida y personalidad de la mujer, pues para practicarla se necesitaban ilimitada paciencia y constante ternura.

Cada día la joven colombiana comprende mejor por qué ese grupo de mujeres ya ancianas, que el mundo ha llamado enfermeras y que han dedicado su vida y su tiempo al cuidado de los desamparados y enfermos, tiene un lugar importante en la sociedad y es un valor real para la nación. Las enfermeras han combinado, en su trabajo, el deber espiritual de atender al paciente con el elemento profesional.

CHILE

La historia de los hospitales y escuelas de enfermería se inicia en Chile en 1543, fecha en que se funda el primer hospital. En Chile podemos considerar en relación con la enfermería, siete épocas bien definidas.

Primera época. Hospitales de la conquista. Eran éstos, unos establecimientos destinados a satisfacer un fin primordial: las necesidades de la campaña de conquista. Eran construidos de paja y barro en forma ligera, ya que no había tiempo para hacer una construcción más sólida; además, eran destruidos fácilmente por los indios. Se llamaban hospitales, pero en realidad eran hospederías pues no contaban ni con médico, ni boticarios, a lo sumo había un barbero y un fraile que hacían de todo.

De este tipo fueron el primer hospital de San Juan de Dios, que abrió sus puertas en 1553, el de la Serena, en 1559, y el de Concepción, en 1561.

Este primer periodo se prolonga hasta el año 1770.

Segunda época. La colonia. Ya las ciudades viven sin temor al asalto; la vida en general es más organizada. Sólo había algunos médicos, de origen español, llamados entonces licenciados, que atendían a los huéspedes del hospital. Los centros hospitalarios se construían ya sea con adobes o con ladrillos pegados con cal, y con ventanas de vidrio. Las salas se disponían en forma radiada, alrededor de un vestíbulo central, donde estaba la capilla con el propósito de que los enfermos oyeran misa desde sus camas.

De esta época datan el Hospital de Chillán, mandado edificar por don Ambrosio O'Higgins, en 1791, el hospital de Talca fundado en 1796 y el hospital de San Juan de Dios (el nuevo), en Santiago, acabado de construir en 1801.

Tercera época. Independencia (1810-1818). La naciente República era pobre y se enfrentaba a muchos problemas. Se edificaron pocos hospitales, parecidos en conjunto a los de la época anterior, en que predominaba el tipo de patios, como los de Rengo y los de Andrés.

Cuarta época. 1870-1910. Ya se había fundado la Escuela de Medicina en esta época, las ideas revolucionarias que engendraron los descubrimientos de Pasteur, en Europa, llevadas a Chile por médicos viajeros, dan lugar a considerables innovaciones en los hospitales, tanto en su estructura como en sus actividades en general. Su estilo cambia radicalmente y pierden su tipo conventual. Los materiales que se emplean son cal y ladrillo; las construcciones son mejores y se obtiene mayor comodidad, se dispone de calefacción con estufas, de pisos de madera y de servicios higiénicos anexos a las salas. Pero eran hospitales excesivamente grandes; entre ellos tenemos los denominados del Salvador, de San Francisco de Borja, de San José y de San Vicente de Paul.

En 1902, el Dr. Eduardo Moore organizó un curso para enfermeras en el Hospital San Francisco de Borja, que es el más antiguo de Chile. El curso duró tres años y sólo se admitió al mínimo, a personas con auténtica vocación. Al finalizar, las alumnas recibieron un certificado de competencia. De tal curso se graduaron 28 enfermeras.

En 1906, se fundó en Chile la primera escuela de enfermeras del país y de toda Sudamérica, en el Hospital de San Vicente de Paul. Se llamó Escuela del Estado, el Director fue el Dr. Francisco Navarro, asistido en la supervisión por religiosas católicas. Las alumnas eran externas.

En 1910 se exigió en la mencionada escuela, como requisito *sine qua non*, el sexto año de preparatoria (primaria) procediéndose a la vez a una rigurosa selección de alumnas. En dicho año, el Dr. Eugenio Díaz Lira asumió la dirección, y la Dra. Fresia Rosas Behn la subdirección del plantel.

Quinta época. En 1910, la escuela alemana impone el tipo de hospital de pabellones aislados. Las especialidades se delimitan claramente; y se hace sentir la necesidad de establecer el policlínico (consulta externa). A este tipo pertenece el Hospital Barros Luco.

Hacia fines del siglo pasado, se advierte en la arquitectura hospitalaria la necesidad de cambios fundamentales, que imponen el conocimiento de la infección, el contagio y la asepsia; las salas son dispuestas en forma que les dé

el sol y estén bien ventiladas; se hace la necesaria división entre cirugía y medicina, y el aislamiento, así van adquiriendo mayor importancia las salas de operaciones.

Para este tiempo se llevan ya a cabo algunas tareas de asistencia social y se establecen los servicios de recepción y de dispensarios.

En 1917 se organiza, en Valparaíso, una escuela particular de enfermeras anexa al hospital de niños. Inicia sus actividades en 1919, con buen programa. El director y organizador fue el Dr. Jean Thierry y la subdirectora Miss Kamma Twede, enfermera danesa. Desde 1942 las alumnas de esta escuela no reciben título, porque no satisfacen los requisitos de ingreso que se exigen en las escuelas de enfermeras reconocidas oficialmente.

En 1919 se crea la escuela de enfermeras de los servicios de beneficencia y asistencia social, en el Hospital Manuel Arriarán, auspiciada por el Dr. Alejandro Del Río y dirigida por el Dr. Agustín Andrade. Los programas eran idénticos a los de la escuela del Estado. Más tarde se convirtió en internado. En 1921, se graduó la primera enfermera de esta escuela, señora Sara López; la Escuela fue reconocida oficialmente y elevada al mismo rango de la escuela del Estado.

En 1921, la escuela del Estado se trasladó al pensionado del Hospital San Vicente, estableciéndose el internado.

En 1926, por iniciativa del Dr. Lucas Sierra, eminente cirujano chileno, y con el apoyo del Dr. Long, higienista norteamericano, se crea la Escuela de Enfermeras Sanitarias.

Los organizadores de la escuela fueron las doctoras Cora Mayers y Elenira González y la Srita. Sara Adams, enfermera norteamericana.

Sexta época (1927-1934). Hasta ahora los hospitales eran construidos por la beneficencia, gracias a legados o donaciones privadas o estatales. En 1927, el gobierno reorganizó los servicios de beneficencia, les reconoció su función de asistencia social y comenzó a intervenir en su administración y financiamiento. En vista de las crecientes necesidades del país, se agregaron nuevos pabellones a las salas de los hospitales fundados con anterioridad.

En 1927 se crea la escuela de enfermeras del hospital Roberto del Río; su Director es el Dr. Manuel Muñoz Valenzuela.

En este mismo año se lleva a cabo el primer curso para enfermeras sanitarias, con internado, en un edificio particular. Las alumnas fueron enfermeras graduadas, becadas por Sanidad. Los exámenes se sustentaron ante un jurado universitario, y la Dirección General de Sanidad les otorgó a las aprobadas el título correspondiente.

En 1929 se fusionó la escuela de enfermeras sanitarias con la de enfermeras del Estado; así nació la escuela de enfermeras de la Universidad de Chile.

En 1931, al morir la Dra. Cora Mayers, se hizo cargo de la dirección de la escuela el Dr. Alejandro Olivares y, al año siguiente, la Srita. Sara Adams regresó a los Estados Unidos de N. A.

Séptima época. De 1934 en adelante. Sistema de monobloque. Este tipo de hospital moderno fue introducido en Chile por el Dr. Alejandro Del Río; pero antes hubo un periodo de transición, lo mismo que con el sistema de trabajo de jornada completa. La experiencia sugiere hospital de gran rendimiento, en el que haya de todo, y estar todo a la mano en el momento oportuno. Como tipo de edificio monobloque cabe mencionar el Hospital de Valdivia, planeado por el Dr. Del Río.

En 1935 se exigían para el tiulado de enfermeras seis años de humanidades; en 1937 el requisito para el Curso Sanitario era el bachillerato de humanidades.

En 1935 la escuela de enfermeras "Carlos Van Buren", de Valparaíso, inicia su programa.

En esta misma fecha la escuela "Roberto del Río" se incorpora a la escuela del Hospital Arriarán.

En 1944 se reorganiza la escuela del Hospital Arriarán; se pidió para la dirección de la escuela a una enfermera y se hizo una nueva selección del profesorado. Ocupó el puesto de directora la Srita. Hilda Lozier.

En este mismo año, la Srita. Lozier organizó el primer curso para instructoras de enfermería, y en 1947 tomó la dirección de la escuela de Valparaíso.

En 1948, se fundó en Concepción la escuela de enfermeras y se nombró directora a la Srita. Gladys Peake.

En este mismo año, el Comité Consultor de Educación en Enfermería de la Asociación de Enfermeras presentó a la Universidad un proyecto de programa para enfermería sanitaria y hospitalaria, redactado por las señoritas Gladys Peake, Hilda Lozier y Eugenia Gaete y la señora Rosalba Flores.

En 1950 se creó la escuela de enfermeras dependiente del Instituto Cristo Rey, de la Universidad Católica. En este mismo año, el Consejo de Educación de la Universidad de Chile exigió el título de bachiller, como requisito de ingreso a las escuelas de enfermería.

En 1951, la Universidad de Chile aprobó el programa propuesto y autorizó su implantación en las escuelas de enfermería.

CUBA

Al finalizar la guerra con España en 1898, las Hermanas de las Ordenes Religiosas de Enfermeras fueron retiradas por sus Superiores y los Jefes del Ejército de los Estados Unidos hicieron frente a ese contratiempo destinando a los Hospitales un competente Cuerpo de Enfermeras.

La mayoría de los hospitales estaban bien situados, bien construidos y de buen aspecto. El Mercedes, de La Habana, era el mejor.

En agosto de 1899 se inauguró en ese hospital la primera escuela preparatoria, con siete alumnas, bajo la dirección de Miss Mary A. O'Donell, graduada en Bellevue, que estuvo sirviendo en el Ejército y cuyo contrato con el Gobierno de los Estados Unidos, fue honrosamente anulado para que ella pudiera hacerse cargo de su nuevo puesto. Llegó de esa manera Miss O'Donell a ocupar el importante puesto de decano de los centros de escuelas preparatorias de las alumnas de Enfermeras de Cuba.

Con anterioridad se había hecho una tentativa que no merece olvidarse. En enero de 1899, el Dr. Raimundo Menocal fundó una Escuela para Enfermeras, en su clínica de La Habana. A ella asistían veintidós alumnas bajo la dirección de su profesor doctor Vidal Sotolongo. Esta escuela, sin embargo, sólo existió durante cinco meses, pues la Clínica se clausuró en mayo. El doctor Menocal persistió en sus propósitos y tenía esperanzas de establecer escuelas permanentes.

La beneficencia pública fue completamente organizada a principios de 1900 y el Mayor E. S. St. John Greble fue el primer Director del Departamento de Beneficencia. Este se colocó bajo la inspección general del Departamento de Estado y Gobernación y se establecieron escuelas para enfermeras en los hospitales públicos, por el siguiente orden:

En 1900, en marzo: Hospital Civil de Cienfuegos y su Superintendente Miss Jeannette Byers, graduada del Woman's Hospital, en Filadelfia; en septiembre: Hospital "Número Uno", en La Habana y su Superintendente Miss Gertrudis W. Moore, de Bellevue, la cual fue substituida, tres meses después, por Miss Holmes; en octubre: Hospital Santa Isabel, en Matanzas, y su Superintendente Miss Hibbard; en noviembre: Hospital General, en Puerto Príncipe, con Miss Mitchell, de St. Luke, en Nueva York; en el mismo mes en el Hospital General, en Remedios, con Miss Samson, de Bellevue; y en enero de 1901, en el Hospital Civil, de Santiago de Cuba, con Miss Moore, la cual provenía de La Habana. Cada una de dichas Superintendentes estaban al frente de un cuerpo de enfermeras técnicas que representaban muchas de las escuelas diseminadas por toda Norteamérica.

Las enfermeras norteamericanas prestaron admirables servicios en la reforma de los hospitales cubanos. Era el primer trabajo, en gran escala, que llevaban a cabo fuera de su propio país, y fue cumplido brillantemente. El número de las que tomaron parte en la empresa, llegó a cerca de setenta y cin-

co. En la lista oficial, el 31 de diciembre de 1901, se citaban treinta y siete enfermeras destinadas a los hospitales, como Enfermeras Jefes o Inspectores de Escuelas.

Muchas de ellas son en la actualidad miembros de la Orden de Enfermeras de la Guerra Hispanoamericana, por haber sido señaladas especialmente por nombramiento y por la labor que desempeñaron como empleadas en el Ejército de los Estados Unidos antes de diciembre de 1898. Entre ellas se encontraban: Rosa Abel, Minnie Cooke, Wilhelmina Giesman, Frances Mc Curdy, Marietta Meech, Ana O'Donell, María O'Donell, Olive Pendill, Genoveva Russel, Ana Turner, Rosa Tweed (fallecida), Hannar Wadeell, María Mc Cloud, M. Eugenia Hibbard y Ana O'Brien. Esta última se encuentra aún (1910) a cargo del Hospital para contagiosos "Las Animas", puesto que ha desempeñado por cerca de diez años.

Las enfermeras citadas procedían de escuelas de casi todo el país, siendo imposible citarlas a todas; Brockley y Bellevue, Santa María, de Brooklyn; Grace de Detroit; Charity de Nueva Orleans y las de Pennsylvania; Miss Pearson procedía de la General de Massachussetts; Miss Meech, de la Escuela de Illinois y Miss Pendill, de la de San Lucas, de Chicago. De la de San Lucas de Nueva York, procedían dos Superintendentes: Miss Mitchell y Miss Robertson.

Como las escuelas se encontraban regularmente establecidas y al comenzar el curso aumentó el número de jóvenes cubanas que abrazaban la profesión de enfermera, las norteamericanas comenzaron a repatriarse. Cesó la ocupación americana y los Jefes del Ejército de los Estados Unidos dejaban la isla. Las enfermeras fieles a su cometido, aunque, al principio, lo ordenado respecto al orden y a la limpieza fuera algo comentado por las enfermas, se les oía, entre dientes, "Cuba Libre", al verse en manos de enfermeras vestidas de azul y blanco.

En 1909, se efectuó una promoción de jóvenes enfermeras cubanas y, de ellas, seis se colocaron al frente de las Escuelas prácticas. La primera nombrada fue la señorita Rosa Seiglie, para Santa Isabel, en Matanzas, puesto que desempeñó por seis años; Martina Guevara, destinada al Mercedes, en La Habana; Trinidad Cantero, al Hospital Número Uno; Rosa Gallardo a Cienfuegos; Victoria Brú, a Camagüey, y Hortensia Pérez a Santiago de Cuba.

Los patriotas cubanos y los héroes de la guerra emprendieron la obra de profilaxis social, y Miss Hubbard fue designada para organizar un cuerpo de enfermeras sanitarias visitadoras que había de constituir un negociado especial dependiente del Departamento de Sanidad. En ese cuerpo se encontraban tres de las Superintendentes americanas retiradas: Miss M. A. O'Donnell, que había prestado servicios durante nueve y medio años; Miss M. Jeannette Byers, que sirvió por seis años de Superintendente y que llevaba en Cuba ocho o nueve años; Miss Mary E. Pearson, que sirvió por igual tiempo y tres enfermeras cubanas, señoritas Adelaida Jiménez, Rosa Luisa Ortiz y Emma Deulfeu.

La obra llevada a cabo por Miss Hubbard como enfermera merece algo más que una simple mención, medio canadiense y medio norteamericana, hizo sus estudios en la histórica escuela de Santa Catalina, y se distinguía ya como administradora en los hospitales y escuelas de enfermeras, cuando sobrevino la guerra con España. Durante su licencia estuvo en los campamentos de tíficos, a lo cual siguió un servicio militar incidental. Este consistió en un viaje al Africa del Sur, como Hermana Superintendente, encargada del buque hospital Maine; fue llamada a Cuba en 1900 y a los tres años fue nombrada por la comisión del Canal del Istmo enfermera jefe del hospital de Ancón, Panamá. Refiriéndose a los dos y medio años transcurridos allí, decía: "Realicé allí una estupenda obra, que puede comprobarse; tan dificultosa entonces como satisfactoria al presente y testimonio de lo por mí llevado a cabo" (dos enfermeras de Bellevue, Miss Mc. Gowan y Miss Markhan, la acompañaron al istmo). Llamada otra vez a Cuba en 1908, como Inspectora General de

Enfermeras y, 1909, encargada de la responsable empresa de ampliar la instrucción de las enfermeras visitadoras en la República, se identificó de modo especial con los adelantos de la profesión de enfermera en Cuba.

En esta nueva obra colaboró de cerca el Secretario del Departamento, Dr. Matías Duque y Perdomo, hombre de ciencia, revolucionario y altruista; el Dr. Duque sirvió a las órdenes del General Gómez y poco después fue nombrado Secretario de Sanidad y Beneficencia por primera vez en Cuba, Secretaría de nueva creación en el Gabinete; muy importante puesto en la República ya que en sus relaciones con los Estados Unidos de N. A. se obliga a sostener en todo el país un estado sanitario satisfactorio.

Entre las distintas innovaciones del nuevo departamento estaba una activa campaña antituberculosa, iniciada por el Dr. Duque, a cuyo éxito se creyó contribuiría la hospitalización de los tuberculosos, como medida de gran importancia para la supresión de la enfermedad. Se organizó un Cuerpo de Inspectores Médicos y la Sección de Enfermeras con objeto de investigar las condiciones de vida de los enfermos tuberculosos; el Dr. Duque confiaba mucho en remediar el estado de miseria del hogar del pobre, mejorando las condiciones de su habitación y dictando medidas profilácticas tendientes a disminuir la propagación de las enfermedades contagiosas; también se creó un Negociado de Inspección Médica de las Escuelas; a las escuelas técnicas para enfermeras, dedicó asimismo el Dr. Duque especial atención, para que adelantaran sin interrupción y pudieran sostener el mayor grado de perfección posible. Se trató de favorecer los progresos de la instrucción, estableciendo cursos para posgraduados.

La demostración más evidente de la magnitud del contraste entre el régimen antiguo y el moderno y de los notables resultados obtenidos en una década de enseñanza y dedicadas jóvenes, de la compatibilidad del ejercicio de los deberes de utilidad social y el goce de la libertad, se demostró, cuando dos jóvenes enfermeras cubanas asistieron al Congreso de Londres, representando a su país.

Tan feliz acontecimiento tuvo efecto por los buenos oficios de Miss Hubbard y la liberal actitud del Dr. Duque en pro de las enfermeras y la obra por ellas llevada a cabo. Eran sus deseos que las delegadas cubanas lo fueran oficialmente por el Gobierno, pero la naturaleza no oficial del Congreso lo hizo imposible; asistieron como delegadas del Departamento de Sanidad y Beneficencia, las elegidas fueron las señoritas Margarita Núñez y Mercedes Monteagudo. Miss Hubbard las acompañó. Llevaban las más expresivas recomendaciones del doctor Duque, interesado como estaba por el progreso de la instrucción y animado de los mayores deseos de que las jóvenes enfermeras figuraran en la reunión internacional que tenía efecto, y por cuyos esfuerzos fue felicitado.

Los hospitales del estado en Cuba cuentan en la actualidad, con más de noventa enfermeras permanentes. Se encuentran distribuidas entre las veintitrés instituciones que el estado subvenciona. Las seis escuelas de enfermeras están clasificadas espontáneamente. La República dedica anualmente una cantidad suficiente para la instrucción de ciento ochenta alumnas y, desde 1902, han recibido diploma del Estado ciento noventa y seis enfermeras. No es probable que en Cuba llegue a existir exceso de enfermeras; cerca de 20 por 100 contraen matrimonio. La señorita María Seiglie, se casó con el Dr. Finlay, hijo del Dr. Carlos J. Finlay, que fue el primero que indicó la posibilidad de la transmisión de la fiebre amarilla por los mosquitos, por lo que recibió del Gobierno francés la cruz de la Legión de Honor.

Las enfermeras cubanas efectuaron su primer servicio de urgencias con motivo de una desgracia nacional; una carta que trata de ello dice:

"Ocurrió una gran explosión de dinamita en Pinar del Río a seis horas de camino de La Habana. El Presidente envió al Secretario de Gobernación para la conservación del orden, el Secretario de Obras Públicas con perso-

nal para extraer los heridos y los muertos de los escombros y al Secretario de Sanidad, con dieciocho enfermeras y diez médicos para la asistencia de los heridos. Fueron conducidos por un tren especial a las 7.30 las enfermeras a las órdenes de las señoritas Margarita Núñez y Martina Guevara, superintendente en el Hospital Mercedes; trabajaron incesantemente. Esta es la primera vez que las enfermeras cubanas han tenido que prestar auxilio en una desgracia nacional y estoy satisfecho de ellas".

Sólo se oían elogios por su trabajo y la perseverancia de que han dado pruebas. Las enfermeras fueron enviadas por orden del gobierno, porque podían movilizarse con más rapidez que por la Cruz Roja.

El gobernador de Pinar del Río, envió después una medalla conmemorativa a cada enfermera.

La primera cubana exploradora que presentó servicios en otros países fue la señorita María Luisa Aguirre, que aceptó un puesto de Vicesuperintendente en el Hospital de Santo Tomás de Panamá.

La Asociación Nacional de Enfermeras de la República de Cuba, se fundó en marzo de 1909, y dentro del año, contaba con trescientos socios. La primera socia de honor fue la señora América Arias de Gómez, esposa del señor Presidente de la República.

EL SALVADOR

En 1922, Sor María Teresa Lang, dinámica y entusiasta Hermana de la Caridad de origen costarricense, concibió la idea de fundar una escuela de enfermeras. Un grupo de médicos del Hospital Rosales se unió a ella para ayudarla a materializar su idea. Después de no pocos esfuerzos, este grupo logró el fin que se proponía, y El Salvador contó con una escuela de enfermeras. Esta escuela, como es de suponer, no reunió las condiciones de estudio y técnicas de trabajo implantadas en otros países más avanzados.

La lucha fue ardua y constante contra la abierta oposición de las familias empeñadas en no consentir que sus hijas abrazaran la profesión de enfermería que por aquel entonces no gozaba de ningún favor en la sociedad, creyéndose por el contrario que era poco conveniente para las jóvenes honestas y bien educadas. Sin embargo Sor María Teresa Lang no desmayó en sus esfuerzos y escribió a los párrocos de las distintas poblaciones de la República con el fin de que éstos hablaran a las jóvenes del lugar sobre los beneficios de la enfermería y de la necesidad que de ellas había para ayudar a los enfermos.

Los efectos no se hicieron esperar, y poco tiempo después llegó a la capital un grupo de jóvenes provenientes de familias humildes, pero honorables. Estas jóvenes no poseían más que su rudimentaria instrucción, pero las animaba un espíritu noble y valiente, y se sentían capaces de llegar hasta el sacrificio si era necesario. Este grupo fue el que abrió el surco que después daría óptimos frutos a la comunidad.

Estas jóvenes tenían que trabajar intensamente, desde el amanecer hasta el anochecer. Dormían en las salas donde trabajaban, y comían el mismo alimento que se daba a los enfermos. No había horarios fijos para impartir las clases, y los médicos las daban en sus horas libres, sin ceñirse a ningún programa previamente elaborado y teniendo que adaptar sus clases y terminología médica a la poca preparación básica de sus alumnas. La tarea fue difícil e incomprendida.

El desaliento más grande se apoderó de las jóvenes alumnas, cuando en 1923 y después de asistir a unos ejercicios espirituales, su directora y consejera, Sor María Teresa Lang, dejó la escuela y el hospital.

El pequeño grupo de médicos que aún apoyaba a la escuela siguió luchando por llevarla adelante hasta 1926, o sea la época en que salió al fin airoso el primer grupo de enfermeras graduadas, momento en que se había preparado ya un reglamento y un plan de estudios, que luego siguieron depurándose.

En el mismo año de 1926, se contrataron los servicios de dos enfermeras norteamericanas y de una enfermera salvadoreña que habían hecho sus estudios en los Estados Unidos de Norteamérica, para que se hicieran cargo de la administración de la escuela; pero las continuas dificultades con que tropezaron las norteamericanas, por razones de ambiente y de idioma las obligó a renunciar; prestaron sus servicios solamente por espacio de dos años, o sea de 1926 a 1928. En este año, una salvadoreña que se retiró al poco tiempo, tomó la dirección de la escuela; no obstante, después de su retiro, siguió impartiendo clases y cooperando en la organización de trabajo y enseñanza práctica.

Durante los años comprendidos entre 1926 y 1931, la escuela no recibió ningún estímulo por parte de sus protectores, ni mejoró en sentido alguno. Su decadencia se puso de manifiesto por la disminución del número de graduadas, que llegó a ser de dos por año.

En aquel tiempo, los estudios en enfermería comprendían tres años, incluyendo práctica y teoría, examen por materias y examen final o de grado, que versaba sobre las materias de los tres años. Para obtener el título se precisaba haber cumplido un año de servicios en las dependencias del hospital donde más falta hiciera la enfermera graduada, y hasta después de cumplido este requisito no le era extendido a la interesada el correspondiente diploma.

Los profesores de la escuela impartían sus clases *"ad honorem"*, recibiendo una pequeña remuneración solamente la subdirectora y la inspectora; esta última no era enfermera y estaba encargada de vigilar la disciplina y orden del establecimiento.

En 1932 regresó al país, después de haber terminado sus estudios de enfermería en Cuba, una señorita muy dinámica y entusiasta, a quien la Cruz Roja de El Salvador había concedido una beca para realizar dichos estudios.

Esta señorita tenía título de maestra normalista antes de iniciar sus estudios de enfermería. Se hizo cargo de la escuela y le dio nuevo impulso, introduciendo mejoras tanto en la parte técnica como en la parte administrativa del establecimiento.

A partir de entonces, se exigió a las aspirantes de enfermería una mejor preparación básica, admitiéndose únicamente a las que presentaban su certificado de sexto año de primaria. Se hicieron asimismo varios cambios en el plan de estudios, mejorándolo en varios aspectos.

El examen físico de las alumnas se hizo obligatorio, practicándolo un médico particular.

El uniforme consistía en traje azul claro, delantal blanco y gorro o cofia, que después se substituyó por la mantilla que se usaba antes de esta época.

Gracias a la propaganda y al apoyo que el director y demás médicos del hospital prestaron a la escuela, el número de alumnas aumentó, pero las condiciones de trabajo continuaron siendo muy duras, y la mayoría de ellas desertaban por falta de resistencia física o de vocación.

El trabajo comprendía 12 horas consecutivas de servicio, más los turnos alternos. El personal del turno de noche lo combinaban con las mismas enfermeras que habían trabajado durante el día, y cuando las necesidades lo exigían, este mismo personal trabajaba hasta 36 horas consecutivas. En las salas de operaciones se exigían 24 horas de servicio alterno, teniendo además que cumplir las enfermeras con el trabajo ordinario durante el día en la sala del hospital.

En 1936 se fundó la escuela de enfermeras visitadoras o sanitarias, con dos años de estudios de posgraduadas.

En 1939, se cambió completamente el plan de estudios y el reglamento de la escuela, exigiéndose 4 años de estudios, dos de los cuales eran de enfermería sanitaria.

La escuela quedaba prácticamente dividida en dos, al ser clasificadas las alumnas en dos grupos, esto es: las que concurrían a sanidad y las que asistían al hospital. Cada una de estas secciones contaba con personal técnico y administrativo independiente. Se exigía a la futura enfermera, según el nuevo plan, una preparación básica de dos años de secundaria; sin embargo, no fue posible cumplirlo exactamente por no

estar tampoco oficialmente establecido dicho requisito para el estudio de otras profesiones. El reglamento establecía jornadas de 8 horas de trabajo para las alumnas en las salas, y se les concedía un día libre cada dos semanas.

Las condiciones de la escuela habían mejorado en lo que respecta al trabajo de las alumnas, a las que no se consideraba aún parte del personal del hospital, sino asistentes a los servicios, para adquirir práctica. Pero, a pesar de los buenos deseos de que este sistema se impusiera, no fue posible llevarlo a la práctica, por razón de la urgente necesidad de personal que tenía siempre el hospital.

A fines de 1943, vinieron nuevamente a hacerse cargo de la escuela tres enfermeras norteamericanas, una en calidad de directora y las otras dos como instructoras, realizando durante el tiempo que permanecieron al frente de la misma, una labor eficaz.

La escuela fue clausurada a fines de 1944, debido a la situación política del país, y en vista de la actitud de protesta tomada por las alumnas contra las altas autoridades gubernamentales. Fue abierta nuevamente a principios de 1945, en una casa perteneciente al Hospital Rosales, que no reunía ninguna de las comodidades indispensables para una escuela de enfermeras.

En 1946, en el mes de mayo, fueron nuevamente modificados el reglamento y el plan de estudios de la escuela, acortándose a tres años de estudios hospitalarios y seis meses de estudios y práctica sanitarias.

En 1948, un médico filántropo, expresidente de la República, obsequió una casa para la escuela, que tenía las ventajas que proporcionan el clima, la luz y el aire del sector donde está ubicada, pero la casa en sí, es impropia para un plantel de enseñanza, ya que fue construida para otros fines.

Al comprobar ciertas deficiencias en el plan de estudios fue preciso, en 1950, proceder a nuevas reformas. Este plan reformado es el que actualmente está en vigor.

En este mismo año se fundó en Santa Ana, considerada como la segunda ciudad de la República, una nueva escuela de enfermeras, bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad, escuela que funciona adjunta al Hospital San Juan de Dios, de aquella ciudad.

En 1952 se graduó el primer grupo de enfermeras en aquella escuela, lo que ha venido a subsanar, en parte, la escasez de enfermeras en el país.

Conforme al último plan de estudios, la alumna deberá estudiar y hacer su práctica conjuntamente; se ha logrado mayor colaboración del personal técnico del hospital con las alumnas.

El personal administrativo del establecimiento lo componen: un director, que es el mismo del hospital, una superintendente, una asesora técnica y dos supervisoras, todas ellas enfermeras graduadas, que trabajan a jornada completa y deben poseer suficiente experiencia en su profesión y preparación básica completa.

El profesorado es bueno y competente, coopera con entusiasmo y buena voluntad.

Dentro de muy poco tiempo quedará resuelto el problema del alojamiento de la escuela, al quedar terminado un hermoso edificio de tres pisos que el gobierno, junto con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, está construyendo especialmente. Este edificio cuenta con todas las comodidades y adelantos modernos indispensables para una escuela de enfermeras.

Las señoritas que en El Salvador inician la carrera de enfermería, son en su mayor parte de recursos económicos limitados. La escuela les proporciona vivienda, alimentación, uniformes, medicinas, asistencia médica, estudios gratuitos, material de enseñanza y una pequeña cuota mensual en efectivo para sus gastos menores.

Toda alumna, al ingresar, firma un contrato con la escuela, por el que se compromete a prestar sus servicios durante tres años después de graduada, en instituciones benéficas oficiales.

El personal de enfermería que trabaja en los hospitales, tiene jornadas de 8 horas consecutivas, y se le concede media hora para tomar sus alimentos.

Trabajan un total de 45 horas a la semana. Se les conceden asimismo, 15 días de vacaciones al año y 15 días por enfermedad u otras causas justificadas. El personal de enfermería es atendido, en caso de enfermedad, en las pensiones del Hospital Rosales.

La enfermera sanitaria trabaja 40 horas por semana, y tiene derecho a disfrutar de 8 días de vacaciones en semana santa, ocho días en Navidad y diez días en las fiestas patronales, en el mes de agosto de cada año. La labor de la enfermera sanitaria es intensa, por la escasez de personal.

A la auxiliar de enfermería se le prepara mediante un curso de enfermería, que dura nueve meses; sólo se admite para estos estudios a quienes presentan certificado de seis años de instrucción primaria.

El Hospital Rosales es el primer centro de beneficencia en el país, con capacidad para 1 300 camas, y sirve como centro de investigación y enseñanza en el campo de la medicina.

A principios del año de 1934, se fundó la Asociación Nacional de Enfermeras en este país, adquiriendo desde el principio personalidad jurídica. Actualmente están en estudio los nuevos estatutos de la asociación, habiéndose nombrado especialmente un comité para ese objeto. Por decreto expedido en 1948, quedó oficialmente instituido el 15 de mayo de cada año como día de la enfermera. Fue celebrado con una jornada de enfermería, en la cual se presentaron cuatro trabajos que abarcaban puntos de suma importancia para la enfermería en este país, que fueron ampliamente discutidos.

Un médico y compositor mexicano obsequió, por medio de la escuela de medicina, un hermoso himno hecho especialmente para la Asociación de Enfermeras Salvadoreñas, quienes se sintieron muy halagadas por tan honroso obsequio.

La Asociación se mantiene activa, celebrando conferencias y cursos cortos de posgraduadas, notándose en todas las asociadas un gran deseo de estudio y superación.

GUATEMALA

El cuidado de los enfermos en Guatemala. La ciudad de Guatemala fue fundada el 25 de julio de 1524 por Don Pedro de Alvarado. El 22 de noviembre de 1527, Don Jorge de Alvarado, hermano del conquistador la trasladó al Valle de Almolonga.

En el acta de fundación de esta ciudad, se anota un hecho que habla mucho del empeño que se tenía ya entonces por la salud del pueblo. Este hecho es el establecimiento del hospital de la Misericordia: "Otro si mando, que se señale un sitio para hospital, a donde los pobres peregrinos sean acogidos y curados, el que tenga por nombre y abocación el Hospital de la Misericordia".

El mismo Don Jorge de Alvarado ordenó que se distribuyera el terreno para dicho hospital.

Este hospital cuidaba a todos los españoles enfermos.

Para los indígenas, Fray Matías de Paz, cuyo nombre debería ser recordado con profundo cariño y reconocimiento, funda el Hospital de San Alejo, y él mismo servía a todos los enfermos y los atendía en un todo. Se dice de él que los indios lo bendecían, los españoles lo ensalzaban y durante mucho tiempo su recuerdo fue vivo en la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala.

Otro benemérito, cuyo nombre ha sido ilustre por muchas causas, fue el Obispo Francisco Marroquín, quien prestó gran ayuda al Hospital San Alejo y se encargó de organizar el Hospital Santiago. El 29 de noviembre de 1559 piensa fusionar estos dos hospitales en uno solo, pero su proyecto fracasó, porque los indios la emprendieron contra los españoles y se levantaban de su mismas camas para matarlos.

El 3 de febrero de 1640 se funda el hospital de San Lázaro para los enfermos de lepra, habiéndose hecho cargo de él los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios.

Hay que mencionar también a quien se ha hecho célebre, no solo en Guatemala y Centroamérica, sino en todo el mundo, por su prodigio de caridad,

siendo actualmente venerado por infinidad de personas que piden a la Iglesia Católica su canonización. Es el Hermano Pedro, Pedro José de Betancourt, "un alma hecha de fragancias campesinas, alma vestida de luz, de lino y rosa, que embelleció la colonia con sus claridades, alma hecha de cosas frágiles y bellas como para debilidades de convalecientes o manos de niños", así habla de él el escritor Rodríguez Cerna.

El Hermano Pedro hizo de Guatemala su segunda patria y llenó todo su ambiente con ese halo de caridad infinita, reflejo sólo de la caridad de Cristo.

Compró una casita a una mulata, María Esquivel, y allí fundó el primer hospital para convalecientes conocido en América.

El mismo transportaba a los enfermos en sus hombros, los alimentaba y los curaba.

En 1775, la capital fue trasladada al Valle de la Virgen. Los vecinos de la nueva ciudad acordaron establecer un hospital, cuyas puertas se abrieron en 1778, habiendo construido en él una capilla en honor de San Juan de Dios.

En 1801 se constituyó la Asociación de la Caridad, formada por personas altruistas, que sin ningún interés financiero, se encargaron de administrar el hospital. Siempre los Hermanos de San Juan de Dios se encargaban de la atención de los pacientes, pudiéndose decir que éstos fueron los primeros que dieron atención de enfermería.

En 1805 se creó el Real Colegio de Cirugía y fue nombrado catedrático el Dr. Narciso Esparragosa y Gallardo; en esta época se fundó un hospital para convalecientes, y anexo al Hospital San Juan de Dios, el Hospital de San Pedro, destinado a los sacerdotes enfermos.

En 1847 se adquiere el primer aparato de anestesia.

En el mes de mayo de 1862, por petición del Hermano Mayor de la Junta de Caridad, llegan las primeras Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul a hacerse cargo del cuidado de los enfermos en el hospital.

Las Hijas de la Caridad, orden fundada por San Vicente de Paul, el Santo de la Caridad, y por Santa Luisa de Marillac, patrona de todas las obras sociales, se dedican desde su fundación al servicio de los pobres y, de una manera especial, de los enfermos pobres. Ellas abandonan su patria y su familia para dedicarse por completo al servicio del prójimo. Desde 1862 hasta nuestros días, las Hermanas de la Caridad trabajan en el Hospital San Juan de Dios encargadas de la Administración y del servicio de enfermería. Se han establecido también en otros muchos hospitales, tales como Quetzaltenango, Antigua, Amatitlán, Mazatenango, Retahuleu, Zacapa, Chiquimula, Cobán y Ostuncalco.

Las Hermanas de la Caridad se preparaban para el servicio de los enfermos según las directivas de su comunidad; muchas de ellas, la mayor parte francesas, venían ya con una preparación en Escuelas de Enfermería de su país, y aquí adiestraban en forma empírica al personal que trabajaba con ellas.

La escuela de enfermería más antigua en Guatemala fue fundada por acuerdo gubernamental del 28 de enero de 1903, con el objeto de mejorar el servicio de enfermería en los hospitales y casas de salud particulares y de proporcionar un oficio más a la mujer; tal fue el objetivo de su fundación.

El decreto de erección dice: "El Presidente constitucional de la República acuerda: que se establezca en el hospital general de esta ciudad, una escuela de enfermeras con su reglamento". Este reglamento fue modificado por acuerdo gubernamental el 21 de febrero de 1917. No obstante, esta escuela funcionó muy poco tiempo y no tenemos mayores detalles de ella.

Con la cooperación de la Cruz Roja Guatemalteca, por acuerdo firmado el 12 de noviembre de 1926, se acordó fundar nuevamente en el Hospital General una escuela de enfermería, pero tampoco tuvo éxito esta tentativa y no se llevó a cabo la organización de aquélla.

El 5 de junio de 1933, por empeño de la Dirección General de Sanidad y la colaboración de varios médicos y de

las Hijas de la Caridad, se logró la fundación de una nueva escuela que se llamó Escuela de Enfermeras del Hospital General.

Dicha escuela funcionó hasta 1940, habiendo dado un buen número de profesionales que hoy ocupan puestos de dirección en muchas de nuestras instituciones.

Al hacer mención de esta escuela, debemos recordar a sus fundadores, Dr. Emilio Pointevin y Sor María Antonieta Galloti, pero también de una manera muy especial, a quien fue el alma y corazón de dicha escuela y que aún hoy día sigue siendo uno de los bastiones más firmes que se tiene en el campo de la enfermería profesional, a Sor Angela Lazo.

En 1940 el Ejecutivo emitió un acuerdo de nacionalización de la Escuela del Hospital General. Al mismo tiempo se proporcionaron a la escuela suficientes recursos económicos, material didáctico y personal técnico. Con el fin de que llenara los objetivos que el Estado persigue: el bienestar de los enfermos y la protección de la salud. Se confió a la escuela la supervisión de todos los estudios de enfermería del país, nombrándose como director al Dr. Lizardo Estrada, y como instructoras a las señoritas Victoria López, hoy señora de Ponce, Edelmira Soto, hoy señora de Tercero, Luz Meneses, hoy señora de Soto y Carmen González que fue señora de Arroyave, ya fallecida.

Estas señoritas habían egresado de la Escuela Nacional de Enfermeras de Panamá y habían sido becadas por el gobierno.

En 1946 se empezó a edificar la Escuela Nacional de Enfermería en terrenos correspondientes al grupo arquitectónico del Hospital Roosevelt, terminándose en 1949. Es el moderno edificio que ocupa actualmente y que está dotado de magnífico equipo y toda clase de comodidades para las estudiantes de enfermería.

En 1954, el gobierno de la república se preocupó por dar una nueva orientación a la escuela, reconociendo que para llevar a cabo los programas de salud en el país, era indispensable un número suficiente de enfermeras profesionales, preparadas para desempeñar puestos de supervisión, administración y enseñanza de enfermería, a cuyo efecto se llevó a cabo una reorganización en los planes educativos de la Escuela.

Para ello, fue nombrada nuevamente como directora Sor Angela Lazo, quien además de tener preparación avanzada de enfermería y Administración de Hospitales de la Universidad de San Luis Missouri contaba con la experiencia de un trabajo similar de reorganización en la Escuela de Enfermería de Costa Rica.

Se estableció como requisito básico para la admisión, una preparación de cinco años de estudios secundarios.

Actualmente, en la Escuela Nacional de Enfermería se encuentran funcionando, además del programa de Educación Básica de Enfermería, un programa de educación avanzada en Enfermería Psiquiátrica y en Administración de Servicios de Enfermería.

Funcionan también, adscritas a la escuela, la Oficina Nacional de Registro y control para el personal de enfermería del país, y la Oficina de Registro y Métodos para auxiliares de enfermería.

Desde 1959 se cuenta con la asesoría de la Organización Mundial de la Salud, asesoría que terminó en 1964; sin embargo, un grupo de Consultoras de Enfermería de este organismo internacional visita con frecuencia la escuela y supervisa los programas.

El hospital americano. Institución que funcionó desde el año de 1913, de carácter altruista y de labor medicosocial, merece mencionarse, ya que en él estuvo funcionando una Escuela de Enfermería de la que egresó un buen número de enfermeras que hoy desempeñan sus labores profesionales en diferentes partes del país.

Escuela Nacional de Enfermeras de Occidente. Por iniciativa presentada en un Congreso de Medicina celebrado en la ciudad de Quetzaltenango, la segunda ciudad de la República, el Dr. Gonzalo Pérez Anleu presentó en 1945 la moción de fundar una escuela de enfermería que lograra formar enferme-

ras profesionales para la zona occidental del país.

Dicha moción alcanzó el beneplácito de la sociedad quetzalteca, y en 1946 empezó a funcionar anexa al Hospital General de Occidente.

La escuela fue creada oficialmente por acuerdo gubernamental del 19 de diciembre de 1946.

Como primera directora se nombró a una Hermana de la Caridad, Sor Cecilia Velasco.

Sor Cecilia Velasco, cuya memoria vive todavía entre sus ex-alumnas, que la recuerdan con fidelidad y devoción y quienes para recordar lo mucho que la escuela le debe, han colocado su busto en el patio principal, obtenía fondos de rifas, kermeses y otras actividades, y toda la sociedad de Quetzaltenango colaboró para lograr lo que es hoy una institución a la altura de las necesidades de las alumnas.

Los requisitos de ingreso son los mismos que los de la escuela de la ciudad de Guatemala y los programas se ajustan también al plan de estudios establecidos en la capital.

Han egresado hasta la fecha 141 Enfermeras Profesionales, que prestan sus servicios no solamente en el país, sino en muchos del extranjero.

HAITI

En Santo Domingo, antes de 1503, se fundó el Hospital de San Nicolás. Los franceses fundaron otros dos hospitales más pequeños en 1703, uno en el Cabo de Haití y el otro en Leogane. En 1732 fue enviado por el Rey Luis XIV, un médico al que se le asignó la misión de aumentar en 20 a 100 el número de camas del hospital del Cabo de Haití. Este médico introdujo la norma de que todo cirujano trabajara durante un año en el hospital antes de concedérsele la licencia para ejercer. En esta época debe haber habido un gran número de médicos en Haití, ya que en 1777 se publicó allí una revista médica de la que se dice fue la primera de este género en América.

Además de los mencionados, se construyeron algunos otros hospitales más pequeños en las plantaciones francesas. No se sabe cómo eran estos hospitales, pero se supone que allí eran curados los esclavos, y que los mejores encomenderos proporcionaban a aquéllos, cuidados de enfermería.

Durante la revolución de 1800, en la que Haití logró su independencia, las mujeres ayudaron al cuidado de enfermos y heridos. Más tarde, cuando los misioneros franceses regresaron a las Islas; las religiosas hicieron una gran labor de enfermería en los dispensarios y los pequeños hospitales.

La historia política de Haití a partir de la revolución ha sido en ocasiones bastante turbulenta, lo que condujo a su ocupación por los marines americanos, en 1915.

El tratado efectuado entre Haití y los Estados Unidos de Norteamérica, en 1917, contenía una cláusula en la que se estipulaba la fundación de una escuela de enfermería, y el 15 de octubre de 1918, se abrió ésta bajo la dirección de dos enfermeras navales de los Estados Unidos: Miss Lucia D. Jordan y Miss J. V. Raymond.

No fue empresa fácil, muchas de las estudiantes entraron a la escuela a pesar de las protestas de sus familias, y sólo gracias a una gran campaña de publicidad se logró la realización del proyecto; además, las religiosas jugaron un papel importante en la campaña de reclutamiento de estudiantes. Trataron de interesar el tipo de alumnas que ellas consideraban con cualidades para dar apoyo y renombre a la escuela, asegurando así su triunfo. Fue una fortuna para la escuela el tener a Miss Jordan como primera directora, ya que en aquel tiempo era muy raro encontrar personas bien preparadas para esta labor.

En menos de dos años, las enfermeras navales fueron reemplazadas por enfermeras de la Cruz Roja de los Estados Unidos, y muchas de ellas se interesaron por la escuela y las estudiantes. Miss Clara Noyes, que era la directora del servicio de enfermería de la Cruz Roja, planeó eficazmente el programa y apoyó a las enfermeras en todos los aspectos, y uno de sus obsequios fue la "muñeca" que era usada en aquel entonces en las salas de demostración.

La educación de las mujeres en Haití corre pareja con la educación de las mujeres en otros países, y para 1918 la mayoría de las estudiantes no contaban más que con una educación elemental; solamente algunas, habían hecho estudios algo más adelantados. De ahí que el plan de estudios de la Escuela, se formulaba con base en conocimientos elementales.

Desde el principio, los educadores se dieron cuenta de la necesidad de preparar a las enfermeras haitianas para el servicio de salud pública, pero hubo que atenerse a la realidad, sin embargo, algunas de las estudiantes tenían que ir durante un mes a centros de salud y practicaban visitas domiciliarias.

Algunas de las enfermeras de la Cruz Roja pensaron en la posibilidad de enviar estudiantes a completar sus estudios a los Estados Unidos; pero la diferencia del idioma constituía un obstáculo, que existe todavía, y la idea fue abandonada por impracticable.

Teniendo noticias del trabajo del Dr. Hamilton en la escuela de Burdeos en Francia, se intentó mandar algunas enfermeras allá, pero el Dr. Hamilton consideró que su escuela era muy pequeña para recibir alumnas que deseaban hacer estudios más avanzados, y esta idea también fue abandonada.

La Escuela siguió bajo la dirección de las enfermeras de la Cruz Roja hasta 1931, año en que fue puesta bajo el cuidado de las religiosas que residían en el hospital y eran de la orden llamada *"Filles de la Sagesse"*.

El programa de enfermería establecido por las enfermeras de Estados Unidos fue muy satisfactorio durante los años en que se formó la escuela, pero ya en 1942, Haití como otros países, necesitaban un mejor servicio de salud pública, en el que la enfermera tomara una parte activa. La Oficina Sanitaria Panamericana, que en aquel tiempo daba comienzo a un programa interamericano de enfermería, inició esta nueva fase de la enfermería en Haití.

El Departamento de Enfermería de la Oficina Sanitaria Panamericana dirigió la Escuela hasta 1945, año en que el Instituto de Asuntos Interamericanos asumió la responsabilidad que subsiste todavía de la educación de las enfermeras en Haití.

Bajo la dirección del Instituto de Asuntos Interamericanos, la escuela ha obtenido mucha ayuda, particularmente en lo que respecta al desenvolvimiento educacional y de salud pública; el Departamento de Salud y la Facultad de Medicina de Haití, le dieron fuerte apoyo moral durante aquel periodo, ayuda sin la cual hubiera sido imposible llevar a cabo el programa.

En 1944, el Instituto de Asuntos Interamericanos, en cooperación con el Departamento de Salud, fundó un nuevo centro de salud, con el principal propósito de preparar alumnas para el servicio de enfermería sanitaria. El Instituto de Asuntos Interamericanos fundó otro centro de salud en una sección diferente de la ciudad, y algunas de las estudiantes pronto tomaron parte en sus actividades.

Algunas estudiantes, con preparación más amplia, han tenido el privilegio de ir a los Estados Unidos y Canadá, gracias a becas proporcionadas por los gobiernos de Estados Unidos, Canadá y Haití. Una estudiante estuvo durante cuatro meses en el Community Service Society en Nueva York, gracias a una beca proporcionada por la Cruz Roja de los Estados Unidos; otra, un año en la Universidad de Montreal; otra, en la Universidad de Ottawa. Algunas han recibido un año de estudios superiores en el Lincoln Hospital, de Nueva York. Las enfermeras que han tenido el privilegio de recibir esta preparación adicional, están ahora demostrando la importancia misma en los campos de salud pública, maternidad, nutrición, etc.

También han aportado una nueva visión del significado moderno de la enfermería, y cuantas más enfermeras regresen de Estados Unidos y Canadá, tanto más se dejará sentir su influencia.

La Escuela, que siempre había estado en contacto con el Departamento de Salud y el Hospital, se afilió a la Es-

cuela de Medicina en 1946. Una afiliación directa a la Universidad no será posible por largo tiempo, pues las alumnas no poseen los requisitos educacionales necesarios, pero la conexión con la Escuela de Medicina da, con todo, a la Escuela de Enfermería, un nivel educativo más elevado.

Apreciando el valor de la enfermería en el programa de salud pública, el presidente de Haití demostró recientemente su confianza en la escuela y le concedió la autonomía. Ahora es una escuela independiente, libre para dirigir sus propios asuntos, con ventaja para las alumnas y para la comunidad en general.

Desde su apertura en 1918, se han graduado en la escuela 326 enfermeras, 100 de ellas han recibido su educación bajo el nuevo programa. Las enfermeras buscan trabajo en centros del gobierno, puesto que hay muy pocas oportunidades; la enfermera sanitaria está completamente bajo la dependencia del gobierno; algunas de las enfermeras graduadas desempeñan trabajos particulares.

La Organización Nacional de Enfermeras, reorganizada en 1947, cuenta aproximadamente con 80 miembros y fue reconocida por el congreso internacional celebrado en Estocolmo.

El problema pendiente en enfermería es el económico, por razón de los sueldos bajos. El nivel social de la enfermera ha mejorado en los últimos años, aunque sigue existiendo oposición a la profesión por parte de algunas familias, principalmente porque las enfermeras no ganan suficiente salario, ya que este es igual al del maestro de escuela, pero inferior al de una secretaria competente. Sin embargo, los prejuicios irán desapareciendo a medida que haya estudiantes con un nivel cultural y social avanzado.

HONDURAS

La enfermería en este país es muy reciente; se inició en mayo de 1943, año en el que ingresaron en la escuela 35 señoritas, todas ellas con sexto año de primaria.

El plan de estudios exige que, para ingresar en la escuela, la alumna haya cursado estudios secundarios, pero por las dificultades encontradas, se admiten con el sexto grado de primaria y previo examen de admisión.

Los fundadores de la escuela de enfermeras fueron el Dr. Romualdo B. Zepeda, Dr. Juan A. Mejía y Dr. Martín A. Bulnes.

La escuela es anexa a la Facultad de Medicina y Cirugía y, por consiguiente, pertenece a la Universidad de Honduras.

Las alumnas efectúan sus prácticas en el Hospital General de San Felipe, y aquellas que han hecho estudios superiores reciben una beca.

Para 1952 se habían graduado cincuenta alumnas, y la escuela tenía una inscripción aproximada de 25 alumnas por año.

MEXICO

EPOCA PRECORTESIANA

El manuscrito de Badiano, compilación hecha por los aztecas educados en el Colegio de Santa Cruz, de la Ciudad de México, que probablemente es el más antiguo documento médico mexicano, así como otros importantes textos del siglo XVI, consagrados a la medicina nativa, como el de Bernardino de Sahagún y la Enciclopedia de Francisco Hernández, nos permiten afirmar que en México las prácticas médicas habían alcanzado un alto grado de adelanto. Los trabajos de Monardes introdujeron la medicina azteca en Europa.

La terapéutica azteca utilizaba más de 1 200 plantas medicinales, cuyas propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas, etc., los nativos tenían perfectamente estudiadas y conocidas.

Cuéntase asimismo que los conocimientos sobre narcóticos que tenían los aztecas eran superiores a los que se tenían en la Europa del siglo XVI. Los nombres de algunos de ellos llevan el prefijo *teo,* que significa divino o sagrado, pues eran usados para celebrar los ritos religiosos. Al ingerirlos en cocimientos o masticados, producían alucinaciones, que eran consideradas como parte de la ceremonia religiosa. Así, por ejemplo, cierta variedad de hongo negro, el *teonancatl,* producía delirio y alucinaciones; quienes lo ingerían adquirían gran excitabilidad y resistencia, que aprovechaban para sus danzas religiosas; de igual modo actuaba el pequeño fruto del cactus, llamado *peyotl* (*Lophophora williamssi*).

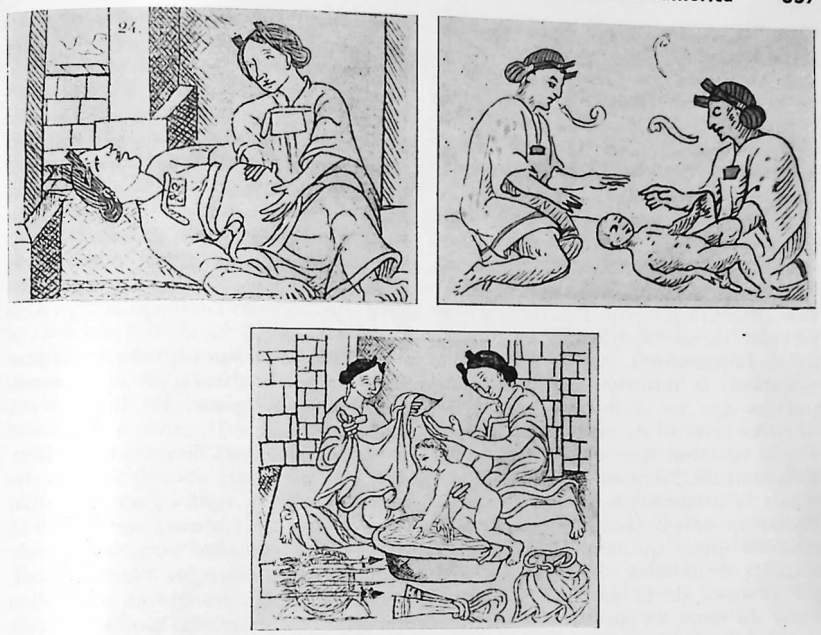


FIG. 108. Tlamatqui--Ticitl (partera),*izquierda,* en la auscultación de una enferma embarazada; *derecha,* en la explicación a la madre sobre los cuidados que debe tener con el hijo; *centro,* la enseñanza a la madre de la importancia del baño del niño.

En este terreno, según lo veremos más adelante, los aztecas eran grandes maestros; se sabe que a los prisioneros y esclavos que iban a ser sacrificados a Huitzilopochtli, se les narcotizaba con *teovepli,* que conseguía adormecer las facultades mentales sin afectar la fuerza muscular, de tal modo que la víctima subía por sí sola las graderías del Teocali. A los heridos, después de asearles sus heridas, les aplicaban extractos de plantas con propiedades astringentes y mitigantes del dolor, después de lo cual aplicaban una bilma.

El historiador Torquemada describe que el papel desempeñado por los médicos los había convertido en algo sublime. Moctezuma eligió de entre los más notables, un grupo de médicos para su corte, que no sólo atendían a la nobleza, sino que, en sus enormes jardines donde se cultivaban plantas medicinales, realizaban experiencias.

Cuenta asimismo, que los jardines más importantes de aquel entonces, fueron los de Chapultepec, Ixtapalapa, Tecatzingo, cerca del lago de Texcoco, y los famosos jardines tropicales de Oaxtepec, situados al sur del Valle de México, en donde después de la conquista fue establecido un monasterio. Dichos jardines existieron 50 años antes que el Padua y 100 antes que el de París.

Hernán Cortés, en varias de sus cartas, asienta que los curanderos de aquellas épocas, fueron agrupados para vender sus medicamentos (ingeribles o en forma de ungüentos y pomadas) en toda una calle del distrito comercial de Tlaltelolco. Es bien sabido que el mismo Cortés, herido en la batalla de

Otumba, fue atendido por cirujanos tlaxcaltecas (Tepitl) del mismo modo que lo fueron sus hombres caídos el 10 de julio de 1520, en la llamada batalla de la noche triste.

Y como dice el Dr. Ignacio Chávez en su libro "México en la cultura médica" "Quien viera sólo el extraño ritual con que a menudo se implantaban los tratamientos, podría ver en ellos sólo magia y superstición, medicina de pueblos primitivos, ausencia de todo conocimiento positivo. Pasaría por alto el valor de su experiencia, la riqueza de su farmacología, sus atisbos de clasificación, la intuición maravillosa de pueblos que no recibieron influencias de otras razas ni de otras civilizaciones y que tuvieron que elaborar la suya, aisladamente, lentamente, confiando sólo a la comprobación secular la confirmación de sus ideas. Se equivocaría también quien quisiera, con sus ideas actuales de hombre del siglo XX, juzgar el valor de la medicina precortesiana sin tener en cuenta el pobre desarrollo alcanzado por la europea en aquel entonces, cuando apuntaba apenas el Renacimiento. Y se equivocaría aún más quien quisiera medir el grado de avance de los indígenas de entonces por el grado de atraso de nuestros indios de hoy. Juzgar el antiguo esplendor de la cultura maya o de la azteca por la decadencia de las masas indígenas actuales, después de cuatro siglos de sojuzgación, sería tanto, dice Alfonso Caso, como juzgar la cultura helénica de los tiempos de Platón y de Pericles por la incultura de los actuales campesinos de Grecia. A este respecto, si se comparaba su medicina con la que hacía estragos en la Europa occidental de la misma época, se puede preguntar si la de los aztecas no era más científica; sin duda había aparte del aparato mágico de que se rodea el *ticitl* (hombre o mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos), más ciencia verdadera en el uso que se hacía de las plantas medicinales que en las prescripciones del Diafoirus europeo de la misma época".

FIG. 109. La Ticitl (enfermera). Aplicando algunos de los procedimientos ordenados por los médicos.

Los conquistadores quedaron impresionados por la eficacia de algunos medicamentos indígenas. En 1570 el rey de España Felipe II, envió a México a su médico personal, Francisco Hernández, quien, en siete años de fatigosa labor, durante los cuales gastó la suma, para la época, de setenta mil ducados, reunió una cantidad considerable de conocimientos sobre las plantas medicinales del país y recogió un magnífico herbario. Por desgracia, murió antes de haber publicado su obra, y una parte de sus manuscritos quedó destruida en 1671 por el incendio de El Escorial. Sin embargo, se publicaron en México y en Italia, importantes extractos de sus obras, las cuales ofrecen una idea de la extraordinaria riqueza que tenía la materia médica mexicana del siglo XVI.

Indiscutiblemente la figura principal en la familia de los aztecas fue la partera, que se ocupaba de la atención de la madre desde el momento que se consideraba embarazada y más tarde daba atención a la madre y al hijo, no sólo durante el parto, sino durante los primeros meses del niño; estas mujeres recibían el nombre de *tlamatqui-ticitl* y eran figura principal en cualquier comunidad.

EPOCA COLONIAL

Con los primeros conquistadores, en las naves de Cortés, vino una matrona, Isabel Rodríguez, a quien le tocó asistir a los heridos de Zempoala y Cholula. Estaba casada con el soldado Pedro Escobar; esta valerosa mujer, además de atender a los heridos, peleaba y hacía guardias con los soldados.

En 1524, tres años después de la conquista, se fundó el "Hospital de la Inmaculada Concepción", hoy día conocido con el nombre de "Hospital de Jesús". Asombra pensar que a principios del siglo XVI, cuando la idea de un hospital era la de un asilo pobre, en tierra conquistada de América y en una ciudad convertida en ruinas por un largo sitio que se prolongó 75 días, el hospital se haya levantado amplio, grandioso, tallado en piedra, capaz de resistir el paso de los siglos. Aún hoy, después de 451 años de vida conserva su sello de majestad y es orgullo de México.

Vinieron después, en larga lista, numerosos hospitales esparcidos por todo el país y en la capital, tales como el Hospital del Amor de Dios o de Bubas, fundado en 1540 por el Obispo Fray Juan de Zumárraga. En 1531, Don Vasco de Quiroga fundó en Santa Fe de Tacubaya la primera casa-cuna que hubo en el continente; era propiamente un pueblo de indígenas, en donde se asistía a los enfermos y se criaba a los niños expósitos hasta darles oficio.

El Hospital Real de los Indios, exclusivamente para los indígenas fue fundado por el Virrey Don Luis de Velasco. En 1556, Bernardino Alvarez, fundó el Hospital de San Hipólito, siendo con ello México, una de las primeras ciudades en el mundo que hayan contado con una casa especial para enfermos mentales.

Cuatro años después se fundó el Hospital de la Santa Cruz, en Oaxtepec, lugar en el cual, en época de Moctezuma Ilhuicamina, estuvo el famoso jardín botánico, quizá el único que había en aquella época en América y en el que se prestó especial atención a las plantas medicinales. Fue aquí donde Gregorio López escribió el primer libro de terapéutica en América.

Por este tiempo se fundaron en lo que hoy es el Distrito Federal, 16 hospitales, y en el resto del territorio nacional, 74, todos ellos de cupo reducido.

En este tiempo fueron las diversas órdenes religiosas las que prestaron atención a los enfermos, distinguiéndose principalmente las siguientes: Orden Española de San Juan de Dios, Orden Mexicana de San Hipólito, Orden Guatemalteca de Betlemitas, Cofradía de San Camilo de Lelis, Hermanos Franciscanos y Sacerdotes Jesuitas.

Había también enfermeras, que hacían las primeras curaciones en hospitales y cárceles; eran mujeres de edad madura, solteras o viudas honestas y ganaban $50.00 (M. N.) al año. Se consideraba tan humilde su ocupación, que no se les exigía licencia ni examen previo de aptitud para ejercer, como se hacía con los médicos y los cirujanos.

En 1804, Cárlos IV mandó al cirujano Francisco Javier Balmis con 50 niños expósitos, para tomar vacuna e inocularla de brazo a brazo contra la viruela; estos niños iban al cuidado de Isabel de Cendala. El Dr. Balmis propagó dicha vacuna por el país y se llevó 40 niños de México a las Filipinas para vacunar de brazo a brazo. Estos niños fueron también al cuidado de la misma Isabel, la que después regresó a México, donde murió. Isabel de Cendala puede ser considerada como la primera enfermera sanitaria de Iberoamérica.

GUERRA DE INDEPENDENCIA

Durante este largo periodo, no encontramos nada que nos hable del papel desempeñado por el servicio de enfermería. Sin embargo, las enfermeras mexicanas desempeñaron su cometido, pues se cuenta que el Generalísimo Morelos, durante el sitio de Cuautla de 1812, tenía tres hospitales instalados; uno en San Diego, otro en Buenavista y un tercero en la Plaza. Se ha mencionado que Doña Josefa Ortíz de Domínguez y Doña Leona Vicario, dieron heroico ejemplo en la atención a los enfermos durante la guerra de independencia.

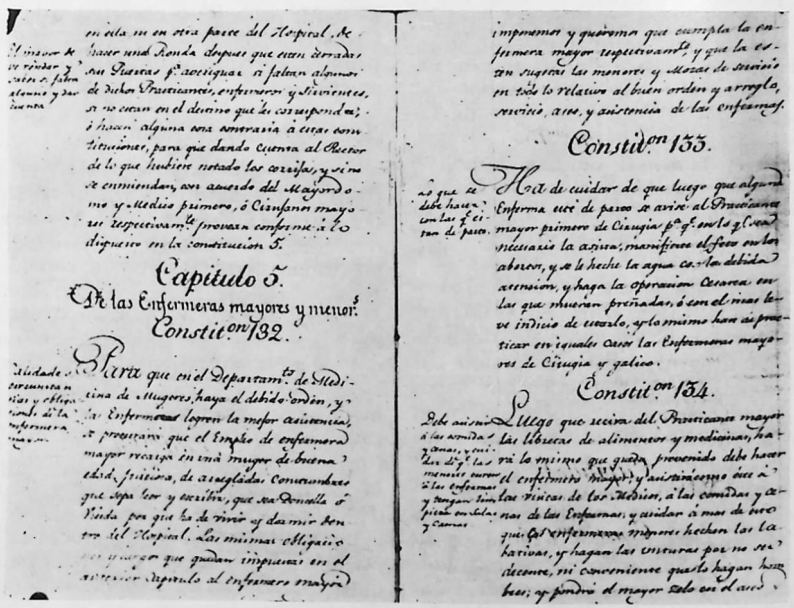
Los establecimientos hospitalarios de México, continuaban en la decadencia que se inició en el año de 1812, por circunstancias económicas y causas complejas que no son del caso referir aquí. Por eso, la llegada de un grupo de re-

ligiosas dedicadas a la administración de institutos benéficos, despertó gran entusiasmo. El 8 de octubre de 1844, el Dr. Manuel Andrade y el Bachiller José Guadalupe Romero, obtuvieron del general Valentín Canalizo, Presidente de la República, la autorización para traer a un grupo de Hijas de la Caridad, ya que sus reglas no estaban en contra de las leyes de nuestro país. Doña María Ana Gómez de la Cortina, nacida en México en 1779, envió a España los fondos suficientes para el viaje de las primeras Hermanas, que llegaron a Veracruz el 4 de noviembre de 1844.

El 15 de noviembre llegaron a la ciudad de México, y en la Garita de San Lázaro, fueron recibidas por compacta multitud. De ahí se dirigieron al Templo del Señor de Santa Teresa, situado en lo que hoy es la calle del Licenciado Verdad, para entonar un *Tedeum* en acción de gracias. Después de ocupar distintas casas, se establecieron en un edificio que se conoció con el nombre de Colegio de las Bonitas, en la Plaza de Villamil, donde hoy se encuentra la Escuela Industrial Corregidora de Querétaro; este grupo estuvo integrado por: Agustina Inza, como Superiora; Josefa Ramos, María Elio, Gregoria Bota, Magdalena Latiegi, Teresa Corritio, Luisa Maraidet, Juana Bautista Artia y Micaela Ayanz. Solamente la superiora pasaba de los treinta años de edad. Todas eran muy jóvenes y llevaban en la sangre la nobleza y energía características de quienes nacen en las montañas del viejo Reino de Navarra.

Fueron infatigables para conseguir recursos y administrar hospitales, entre los que se encontraban el de San Juan de Dios, el de San Andrés y el del Divino Salvador. Sólo subsistió el primero, que después se llamó Hospital de Morelos, y hoy Jesús Alemán Pérez.

El mes de agosto de 1847, el ejército invasor de los Estados Unidos de Norteamérica, al mando del general Winfield Scott, inició su avance sobre el



Capitulo 5.

De las Enfermeras mayores y menor.s

Constit.on 132.

Constit.on 133.

Constit.on 134.

Fig. 110. Parte del Reglamento del Hospital de San Andrés fundado en 1762, en el que se ve en el capítulo 5 de las enfermeras mayores y menores, o sea el Reglamento del personal de esta categoría.

Valle de México y con febril actividad, la población civil de la ciudad se apresuró a la defensa, apoyada por los restos de nuestro ejército, destrozado en Angostura y Cerro Gordo. Una de las primeras providencias que se tomaron fue proveer a los hospitales, del equipo indispensable para tales casos. Al efecto, don José Urbano Fonseca, Presidente del Ayuntamiento, consiguió el Colegio de San Pablo de los Agustinos para improvisarlo en hospital, y los viejos claustros donde aún flotaba el recuerdo de Fray Alonso de la Veracruz, fueron destinados a salas para heridos. La madera de la plaza de toros se empleó para improvisar camas. A los carruajes se les quitó el toldo, para servir de ambulancias, y el pueblo, armado y constituido en guardia nacional, solo esperaba el toque mayor de la Catedral para arrojarse con sus débiles armas en contra del invasor victorioso. Todos saben los detalles del combate

SALARIES

Henero de 1762

Practicantes de Medicina

Enferm.a mayor de Medicina

Enfermeros de Medicina

Enfermeros de Cirugia

Enfermeras de Medicina

Enfermera de Cirugia

Despensera

Cozineras

Fig. 111. Salarios que se pagaban en 1762 en el Hospital de San Andrés. La unidad de moneda es el tlaco, que equivalía más o menos a tres centavos de peso mexicano.

Fig. 112. Tres de las Hermanas de la Caridad que se hicieron cargo del Hospital de San Pablo, hoy día conocido con el nombre de Hospital Juárez. En el centro de la foto aparece Sor Micaela Ayanz.

de Padierna, el 18 y 19 de agosto. Todos recuerdan al General Frontera que murió al frente de los Dragones, la brillante carga de Torrejón con Agustín Iturbide (hijo), que hizo retroceder a los invasores, logrando la retirada del ejército derrotado al día siguiente, y la defensa de Churubusco por la Guardia Nacional; escenas todas descritas por Guillermo Prieto con vivos colores.

Dos mujeres, muy jóvenes aún, esperaban en los claustros vacíos, preparando hilas y vendajes, a los heridos que bien pronto llegaron en número abrumador. Una de ellas era Sor Micaela, que ayudaba al Dr. Ladislao de la Pascua, cura de la iglesia cercana y primer médico, a atender a los heridos. Así pasaron los lúgubres días de agosto y septiembre de 1847. Días de angustia y de miseria; pero el herido encontró curación, techo y palabras de aliento, que generosamente impartía Sor Micaela.

Siguen después épocas de penuria; a la guerra extranjera, sigue la guerra civil; epidemias de tifus y viruela. El hospital improvisado se convirtió en Hospital Municipal, con mezquino presupuesto, pero Sor Micaela lo preveía todo. Si faltaban pan y carne, los pedía a crédito; si no hallaba quien le fiara, los pedía de limosna. Esos años hicieron del viejo Colegio de los Agustinos un remanso de paz al que acudían los enfermos pobres, mexicanos, franceses y españoles, y fue en las limpias manos de sor Micaela, donde principiaron a formarse la beneficencia española y la francesa.

Rómulo Velasco Ceballos, en el Ayuntamiento de México, encontró una cita a Sor Micaela, acusada por un carnicero, quien la demandó jurídicamente por no haber pagado un puñado de miserables monedas. ¡Cómo habrán pesado esas pocas monedas en el duro corazón del desalmado mercader! ¡Cuántas veces, cuando en el ayuntamiento no había un centavo; cuando México sufría revoluciones y sitios militares, Sor Micaela, junto con sus compañeras, recorría las calles pidiendo para sus enfermos o asistía a los juzgados para responder a una demanda judicial por falta de pago por concepto de alimentos, demanda admitida por una democracia incomprensiva y despótica!

Fig. 113. Refugio Estévez, primera enfermera militar de México.

En 1861, las Leyes de Reforma extinguieron las corporaciones religiosas; pero Benito Juárez expresamente ordenó que la supresión no incluyera a las Hermanas de la Caridad, por el gran beneficio que hacían a la humanidad doliente. Más radical, Lerdo de Tejada, decretó la expulsión de las Hermanas de la Caridad. Tan incomprensible precepto fue notificado a Sor Micaela el 14 de diciembre de 1874, y las abnegadas mujeres, que durante tantos años habían sostenido el hospital de San Pablo (hoy Juárez), abandonaron sin signos de resentimiento ni de violencia, su hogar y sus enfermos junto con sus compañeras, de las cuales la mayor parte eran mexicanas, "Sor Micaela abandonó el país al que dio los mejores años de su vida. Dejó en nuestra patria su juventud y su amor para el que sufre; su vida fue ejemplo de energía, constancia y abnegación.

En Veracruz, mientras el barco que las conducía, dirigía su proa a través del Atlántico y se alejaba de las playas mexicanas, se arrodillaron sobre cubierta para cantar el Ave María Stella, 410 hermanas de la Caridad, de las que 355 eran mexicanas.

Murió Sor Micaela en su pueblo natal, Soria, el 19 de abril de 1878.

EPOCA DE LA REVOLUCION

En 1915, los carrancistas y villistas luchan arduamente con el fin de ver realizados sus ideales.

Los campos del Bajío de la República Mexicana se teñían de sangre y se cubrían de heridos que reclamaban, con gritos y quejidos, atención a su dolor.

Las mujeres mexicanas se introducían en los campos de batalla a proporcionar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos. Esperando el descarrilamiento, el incendio, la explosión

dinamitaria, para seguir prestando sus cuidados a aquéllos que nunca fueron carne de su ser, que a gritos las llamaban madre.

Entre estas mujeres encontramos a Refugio Estévez Reyes, la que el día 4 de junio, en cumplimiento de su deber, recibió un balazo en el lado izquierdo del cuello.

La madre Cuca sabía adaptarse con ingenio a las condiciones del momento, en que se carecía de todo lo necesario para proporcionar a los enfermos el debido cuidado. Y así, cierto día, en vísperas del fin de la batalla, continuaron los combates parciales alrededor de los convoyes, y le tocó su turno de sangre. Tenía a su cargo un carro-hospital de cirugía, en el que se alojaba un oficial con amplia herida en la boca, que le imposibilitaba la masticación y deglución. Se le había prescrito alimentación líquida por medio de pistera, que por lo pronto, no se pudo conseguir. Para suplir la carencia, discurrió la Madre Cuca preverse de pajillas de zacatón del campo, que crecían en abundancia. Advertida del peligro que corría, bajó de su carro y a poco andar, recibió un balazo en el lado izquierdo del cuello, que le produjo ligera conmoción cerebral. Atendida de urgencia, se vio que no ameritaba atención inmediata.

Pasado algún tiempo, presentó trastornos de compresión vasculonerviosa que ameritaban dos operaciones tendientes a eliminar el cuerpo extraño. No fue posible conseguir el propósito, por accidentes intercurrentes al acto quirúrgico; pero la liberación cicatrizal, dio alivio satisfactorio.

Toleró el proyectil durante toda su vida en la región carotídea, a la altura de la cuarta vértebra cervical, como recuerdo indeleble de la guerra.

Después de haber cumplido 18 meses en campaña, recorriendo no menos de 10 000 kilómetros de vía férrea, por todos los ámbitos del país, con los rostros rebosantes de júbilo, porque las tropas se habían coronado de triunfos, las enfermeras mexicanas, iniciaron el regreso para la capital, a los acordes de la "Adelita", "La Cucaracha" y la "Valentina".

Se detuvieron en Querétaro, y se dirigieron al Hospital Militar, para instalar debidamente a los enfermos; en su corta estancia, organizaron a los ambulantes, adiestrándoles en enfermería, en compañía de un grupo de soldaderas, que actuaban como enfermeras encargadas de la proveeduría.

Después de muchas peripecias, llegaron a la ciudad de México, incorporándose al viejo Hospital Militar, situado en las calles de Vértiz y Lavista, para proseguir sus labores con acendrada voluntad.

La inquebrantable voluntad y la heroicidad ignorada de todas estas valerosas mujeres, cuya memoria, con excepción hecha de Refugio Estévez, mejor conocida como la Madre Cuca, ha sido relegada al olvido; debe ser conservada en la mente de toda enfermera como un ejemplo de vocación, desinterés, sacrificio y amor a la humanidad.

En el año de 1911 se crea el Instituto Cruz Blanca Neutral, cuyo principal objetivo era el de prestar auxilio a los heridos de ambos bandos en el campo revolucionario.

La primera mujer en partir, y que indiscutiblemente en aquellos días dio ejemplo en la atención de los enfermos, fue la señorita Ma. Elena Arizmendi.

EPOCA MODERNA

Hacia fines del siglo XIX se impartían cursos de capacitación, proporcionándose a las estudiantes uniformes, cofias, delantales, tijeras y alfileteros, (los uniformes eran rayados de azul y blanco).

Por sus servicios, aquéllas recibían un sueldo de $8.25 (M. N.) al mes. Entraban a servicio a las 8 de la mañana, en la clínica de consulta externa, que se encontraba situada en la avenida Juárez y primera calle de Revillagigedo y en la calle de la Pelota, hoy de la Independencia. También prestaban servicios en el hospital que ocupaba la manzana donde ahora está el hotel del Prado. Había en este hospital una sala de maternidad a la que acudían las muchachas que habían sufrido algún desliz; cuando las estudian-

tes entraban a atender a estas enfermas, ellas se cubrían la cara. Esta maternidad fue fundada por la Emperatriz Carlota Amalia de Bélgica.

El libro de texto era el "Manuel de Infirmières" y el "Manuel de l'Infirmière Sage-Femme", por el Dr. Eugene Vincent.

Al año y medio, pasaron las estudiantes al hospital de San Andrés, donde permanecieron un año y medio, pasando luego al Hospital General.

Desde 1900, el Dr. Eduardo Liceaga, entonces director de los servicios médicos del hospicio, maternidad y consultorio; se acercó al Presidente Don Porfirio Díaz para pedirle autorización de establecer una escuela de enfermería en México.

Surgió de nuevo la escuela, posteriormente; y el Dr. Rafael Sauza, secretario del Dr. Liceaga, se encargó de reclutar señoritas para la escuela; de la primera generación fueron Josefina Sandoval Islas, Ana Ma. Sandoval Islas, Sara Delgado, Soledad del Mass, Guadalupe Gómez, Manuela Ruiz, Concepción Ramos, Concepción García Luna, Angela Trujillo, Vicenta Islas, María Bazán, Gertrudis Hernández, Guadalupe Zanaga y Juana Villarreal.

Los estudios duraban dos años, y para ingresar se exigía haber cursado hasta cuarto año de primaria.

La Escuela del Hospital General. Una de las principales deudas que tiene México con el Hospital General, es la creación de enfermeras de carrera. Anteriormente, estos cargos habían estado confiados a religiosas, cuyas actividades no podían tener todo su desenvolvimiento. Muchas enfermeras, en realidad eran personas sin más preparación que alguna experiencia, mal conducida las más de las veces. El nuevo hospital debería contar con enfermeras preparadas. Al efecto se habían hecho cursos de capacitación, pero la escuela propiamente dicha, no fue inaugurada hasta el 9 de febrero de 1907, gracias a los esfuerzos del Dr. Fernando López.

Ya antes el Dr. Liceaga había dicho: "La asistencia de los enfermos va a confiarse a personas del sexo femenino, a quienes se ha estado dando hace dos años, instrucción y educación apropiadas al objeto a que se les destina. La escuela de enfermeras puede considerarse, no sólo como un beneficio para los pobres que vienen a buscar su curación a este hospital, sino como un

FIG. 114. Primer grupo de enfermeras del Hospital General de México, al centro se puede apreciar al Dr. Eduardo Liceaga, Maud Dato, Gertrudis Friedrich, Dr. Fernando López y el Dr. Julián Villarreal.

poderoso factor de la difusión de conocimientos útiles a la mujer, que encontrará en esta carrera un medio honesto y lucrativo para bastarse a sí misma en la lucha por la existencia. Este plantel fue creado únicamente para proveer al nuevo hospital de enfermeras instruidas y convenientemente educadas; pero la verdadera escuela de enfermeras debe comenzar ahora que hay hospital que reúne todas las condiciones para la enseñanza. Esperamos confiadamente en que nuestro gobierno sostendrá y mejorará la escuela de enfermeras, destinada no solamente a proveer de ellas al hospital, sino a permitir a las familias que utilicen un personal inteligente y bien educado, en la asistencia domiciliaria, confiando a manos expertas los cuidados que ahora solo prodiga el afecto, pero no siempre con la serenidad que reclama la delicada asistencia de los enfermos.

El reglamento de la escuela y cuerpo de enfermeras se puso en vigor el mismo año de 1907, de acuerdo con las siguientes *bases generales* para el establecimiento de una Escuela de Enfermeras del Hospital General, aprobadas por la Dirección General de la Beneficencia Pública el 3 de octubre de 1906.

1) La carrera de enfermera se hará en tres años, y constará de las materias siguientes:

Primer año: Anatomía, fisiología, curaciones

Segundo año: Higiene, curaciones en general

Tercer año: Pequeña farmacia, curaciones, cuidados de los niños, parturientas y enajenados.

Para estos cursos se usará el Manual Práctico de la Enfermera, publicado por Bourneville, pudiendo cambiarse el texto a iniciativa del director del hospital y con la aprobación de la Dirección de Beneficencia.

2) Los grados en la clase de enfermera, serán los de aspirantes, que, pasarán a enfermera segunda, de enfermera segunda se pasarán a enfermera primera, pudiéndose obtener el grado de aspirante, por lo pronto, desde luego: en vista de las aptitudes que presente la persona interesada, pasándose sucesivamente a los grados siguientes, una vez efectuados los estudios y prácticas que fijó el director del hospital, en vista de las necesidades del establecimiento.

3) Las aspirantes a enfermeras segundas y enfermeras primeras del Hospital General, tendrán obligación de seguir los cursos hasta obtener el diploma final. Podrán seguirlos igualmente, todas las personas ajenas al hospital que deseen hacer la carrera, siempre que justifiquen, al inscribirse, haber terminado la instrucción primaria y tener buena salud y buena moralidad, comprobada con un certificado de persona abonada. Al inscribirse deberán tener menos de treinta años de edad.

4) El programa de estudios se fijará a principios de cada año por el director del Hospital General, con aprobación de la Dirección General de la Beneficencia pública, procurando que en ningún caso se dificulten o interrumpan las labores propias del hospital. La Dirección de Beneficencia, a propuesta de la del hospital, nombrará de entre los médicos del mismo establecimiento a los profesores que han de dar clases.

5) Las clases se darán una vez por semana, desde el primero de febrero al 30 de noviembre, en los días y horas que fije la dirección del Hospital General.

6) Al terminar el año de estudios, se sujetarán las alumnas que lo hayan cursado, a un examen que se hará por el profesor del curso, presenciándolo otros dos profesores, que tomarán parte en la votación final. Las calificaciones serán: mal, mediana, muy bien y superior, requiriéndose por lo menos tres medianos para ser aprobadas. Las alumnas reprobadas repetirán el curso y perderán su empleo cuando sean empleadas del Hospital General y obtengan la calificación "mal" en dos cursos consecutivos.

7) A las alumnas que terminan con buen éxito el tercer año de estudios, se les extenderá por la Dirección General de la Beneficencia Pública, un diploma que acredite que han terminado la ca-

rrera y las calificaciones que han obtenido en los tres cursos que la constituyen.

8) El director del Hospital General será el director de la escuela, y un reglamento interior fijará los detalles de la organización y de la marcha de la Escuela de Enfermeras del Hospital General.

En 1910 la educación de enfermeras fue encomendada a la Escuela Nacional de Medicina; exigiéndose en este año hasta el sexto año de primaria.

En 1905 llegaron las señoritas Maud Datto y Gertrad Friedrich, alemanas, las que regresaron en 1906 a su país, teniendo como ayudante a la enfermera mexicana Sara Delgado Santoyo, después se hicieron cargo del Hospital las señoritas Mary, Claud y Anna Hamouki (1907) norteamericanas, que llamaron la atención por realizar la supervisión del hospital usando bicicletas como medio de transporte.

Poco después fueron nombradas subjefes de la Escuela de Enfermeras las primeras mexicanas, la señorita Eulalia Ruiz Sandoval y la señorita María Quiroz. Por ese tiempo comenzó la revolución que trajo consigo la desorganización de los hospitales. La Escuela de Enfermeras del Hospital General pasa en 1927 a depender de la Facultad de Medicina, quedando el director de la Escuela de Medicina como director también de la Escuela de Enfermería. Durante este año se exigió un año preprofesional superior a la primaria. En 1936 siendo director de la Facultad de Medicina el Dr. Ignacio Chávez se impuso como requisito para estudiar la carrera de enfermería, el certificado de enseñanza secundaria así como el de haber obtenido el título de enfermera para ingresar a la carrera de obstetricia.

En 1945 siendo maestro de la escuela el Dr. Everardo Landa, y a iniciativa de él y un grupo de maestros de la escuela de enfermería logra su autonomía y se constituye en Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y a pesar de que el presupuesto y las circunstancias le eran desfavorables, el Dr. Landa hizo mejoramientos de gran importancia tanto en el campo material como en el disciplinario y docente; también en el nombramiento de las primeras instructoras de entre las jefes de los servicios de enfermería, constituyendo uno de los primeros pasos en el mejoramiento de la enfermería contemporánea de México. En 1948 continuaron los propósitos espirituales y disciplinarios para colocar a la escuela en la situación moral que por razón imperativa le correspondía y así fue como en 1949 hizo entrega de la dirección a la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz, quien pone especial interés en ayudar a la superación de las enfermeras abriendo más ampliamente los campos de la docencia dentro de la escuela.

Escuela Militar de Enfermeras. El 21 de marzo de 1937 por acuerdo del Presidente Lázaro Cárdenas, se fundó la Escuela para Enfermeras del Ejército, después de diversos intentos temporales realizados en 1815 y 1910 y gracias a los esfuerzos del Coronel M. C. Donato Moreno Muro, quien durante toda su vida luchó por el mejoramiento de la enfermería militar. En su origen la escuela funcionó exigiendo un año de prevocacional y 3 años de enfermería teoricopráctica. En el año de 1939 desaparece el requisito del año de prevocacional y se exige la secundaria completa. Al terminar sus estudios las alumnas reciben título de enfermeras y grado de subtenientes del ejército mexicano, con la obligación de prestar 5 años de servicio.

En 1946 siendo presidente de la República Don Manuel Avila Camacho, expidió un decreto modificando el nombre de la escuela, llamándosele Escuela Militar de Enfermeras, nombre que lleva hasta la fecha; esta escuela depende de la Secretaría de la Defensa Nacional a través de la Dirección General de Sanidad Militar y de la Dirección General de Educación Militar. El programa de enseñanza de enfermería está basado en las necesidades del ejército mexicano y de acuerdo con las normas modernas de educación en enfermería. El ingreso a la Escuela Militar de Enfermeras se obtiene por riguroso concurso en el cual pueden participar

CUADRO 1. ESTADO ACTUAL DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN LA REPÚBLICA MEXICANA; EVOLUCIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO DE ENFERMERÍA CON REPERCUSIONES NACIONALES

Fecha	*Proceso evolutivo*	*Requisitos*	*Sistemas educativos*
1854	Carrera universitaria para parteras, afiliada al protomedicato.	Personas del sexo femenino, de preferencia viudas.	Cédula Real de 1750.
1907	Curso de enfermería de la Beneficencia Pública.	Cuarto año de primaria.	Decreto Presidencial dictado por Don Porfirio Díaz.
1927	Carrera universitaria de enfermería, afiliada a la Facultad de Medicina.	Primaria y curso preparatorio.	Promovido por las autoridades universitarias.
1935	Revisión y cambios importantes en los programas de estudios.	Educación secundaria.	Promovido por las autoridades universitarias y a solicitud de grupos destacados de enfermeras.
1945	Se crea la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia	Los marcados hasta 1945	Promovido por las autoridades universitarias y por grupos de enfermeras destacadas.
1945	Se incluye a la Enfermería y Obstetricia en la ley de profesiones.	Idem.	Decreto Presidencial dictado por don Manuel Avila Camacho.
1945	Revisión y ampliación en los programas de estudio. Autonomía de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.		Bajo la dirección del Dr. Everardo Landa, Director de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
1949	Se crean las plazas para instructoras de tiempo completo.	Enfermeras parteras calificadas.	Anteriormente eran las Jefes de los servicios.
1953	Reorganización de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México.	Participan fundamentalmente enfermeras.	Por convenio entre la Universidad Nacional Autónoma de México y la Organización Mundial de la Salud, siendo Director de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz y Consultora de Zona Enf. Hilda Lozier.

Cuadro 1 (*continúa*).

Fecha	*Proceso evolutivo*	*Requisitos*	*Sistemas educativos*
1954	Revisión y actualización del plan y programa de estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.	Participan enfermeras especialistas en educación en enfermería.	Idem.
1954	Se proyecta instituir el bachillerato como requisito para enfermería.		Lo promueve la Universidad Nacional Autónoma de México. No ha entrado en vigor.
1955	Estudio del estado actual de la educación en enfermería en algunos Estados.		Dirección General de Enfermería y Dirección de Estudios Experimentales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
1960	Ampliación del estudio de Escuelas de Enfermería en la República.		Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección de Salud Pública en Estados y Territorios. Gobierno de los Estados.
1960	Ayuda técnica y económica para el mejoramiento de la educación en las Escuelas de provincia.	Todas las escuelas con requisitos de Secundaria.	Secretaría de Salubridad y Asistencia, organización Mundial de la Salud, United Nations Infant Care and Education Found. Gobiernos de los Estados.
1964	Unificación en la filosofía y curriculum de 30 escuelas de enfermería en la República.	Todas las escuelas con requisitos de Secundaria.	Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección de Salud Pública en Estados y Territorios, Universidades e Institutos en su mayoría de los Estados.
1966	Entra en vigor en algunas escuelas el requisito de bachillerato marcado en 1954.	La Escuela de San Luis Potosí y un grupo piloto de la Universidad Nacional Autónoma de México, con bachillerato como requisito de ingreso.	Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis Potosí y de la Universidad Nacional Autónoma de México.
1967	Renovación de los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería, estableciéndose el sistema de enseñanza semestral a base de créditos.		Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y las 10 Escuelas Incorporadas a ella en el D. F.

Elaborado por las Sritas. Alicia Roca Belmont y Ma. Elena Maza Brito.

Cuadro 2. Escuelas de enfermería y obstetricia de la República Mexicana

Nombre	*Plan de estudios*		*Dependencia educativa*			*Sin dependencia*	*Dirección*		*Subdirección*		
	Enfermería	*Obstetricia*	*Universitaria*	*Militar*	*Técnica*		*Enfermera*	*Médico*	*Enfermera*	*Médico*	*No*
Aguascalientes											
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Autónomo de Ciencias y Tecnología del Estado.	×	×			×			×			×
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Asociación Mexicana de la Cruz Roja.	×	×				×		×	×		
Baja California											
Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.	×		×					×			×
Campeche											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad del Sureste.	×	×	×					×		×	
Coahuila											
Escuela de Enfermería y Obstetricia "Dr. Santiago Valdez Galindo".	×	×	×					×			×
Escuela de Enfermería de la Delegación de la Cruz Roja	×		×					×			×
Escuela de Enfermería "Isabel la Católica" de la Beneficencia Española de la Laguna	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería "Dr. Alfonso R. Riddle".	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería de Piedras Negras.	×				×			×			×
Colima											
Escuela de Enfermería de la Universidad de Colima.	×				×				×		×
Chiapas											
Escuela de Enfermería del Instituto de Ciencias y Artes de Chiapas.	×		×				×				×

CUADRO 2 (*continúa*).

Nombre	Plan de estudios		Dependencia educativa			Sin dependencia	Dirección		Subdirección		
	Enfermería	Obstetricia	Universitaria	Militar	Técnica		Enfermera	Médico	Enfermera	Médico	No
Chihuahua											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Chihuahua.	×	×	×					×			×
Escuela de Enfermería de la Central Quirúrgica.	×		×					×			×
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Centro Médico de Especialidades.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Sanatorio "Palmore"	×	×	×				×				×
Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Hospital General "Libertad".	×	×		×		×		×	×		
Escuela de Enfermería Marillac.	×					×		×	×		
Distrito Federal											
Escuela de Enfermería de la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	×		×				×				×
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nal. Autónoma de México.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional.	×	×			×		×		×		
Escuela Militar de Enfermeras de la Secretaría de la Defensa Nacional.	×			×				×	×		
Escuela de Enfermería del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores al Servicio del Estado.	×		×				×		×		
Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús.	×		×				×				×
Escuela de Enfermería de la Asociación Mexicana de la Cruz Roja.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Hospital Central de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.	×	×	×					×	×		

CUADRO 2 (*continúa*).

Nombre	Plan de estudios		Dependencia educativa			Sin dependencia	Dirección		Subdirección		
	Enfermería	Obstetricia	Universitaria	Militar	Técnica		Enfermera	Médico	Enfermera	Médico	No
Escuela de Enfermería del Hospital Español.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología.	×		×				×				
Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de la Nutrición.	×		×				×				×
Escuela de Enfermería del Hospital Anglo-Americano.	×		×				×		×		
Escuela de Enfermería del Instituto Marillac.	×		×				×		×		
Durango											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Edo.	×	×	×					×	×		
Edo. de México											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad del Edo. de México.	×	×	×					×		×	
Guanajuato											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad del Estado.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia en la Preparatoria y Profesional de la Universidad del Edo.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad del Estado.	×	×	×					×	×		
Guerrero											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Guerrero.	×	×	×					×	×		
Hidalgo											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Hidalgo.	×	×	×					×			×
Jalisco											
Escuela de Enfermería de la Universidad de Guadalajara.	×		×					×			×

CUADRO 2 *(continúa).*

Nombre	Plan de estudios: Enfermería	Plan de estudios: Obstetricia	Dependencia educativa: Universitaria	Dependencia educativa: Militar	Dependencia educativa: Técnica	Sin dependencia	Dirección: Enfermera	Dirección: Médico	Subdirección: Enfermera	Subdirección: Médico	No
Escuela de Enfermería Fray Antonio Alcalde.	×		×					×			×
Michoacán											
Escuela de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.	×		×					×			×
Escuela de Enfermería "Dr. L. J. Coppedge" de la Compañía Michoacana de Sanatorios.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería del Hospital San José.	×		×				×				×
Escuela de Enfermería del Hospital de Ntra. Señora de la Salud.	×		×					×	×		
Morelos											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad del Estado.	×	×	×					×			×
Nayarit											
Escuela de Enfermería y Obstetricia Dr. José Joaquín Herrera del Instituto de Ciencias y Letras del Edo.	×	×	×					×			×
Nuevo León											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Nuevo León.	×	×	×					×			×
Escuela de Enfermería "Montemorelos" del Colegio Vocacional y Profesional.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.	×		×					×			×
Escuela de Enfermería y Obstetricia Dr. José A. Muguerza.	×		×				×		×		
Escuela de Enfermería anexa al Hospital de San Vicente.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Clínica y Maternidad "Conchita, A. C.".	×	×				×		×			×

CUADRO 2 *(continúa).*

Nombre	Plan de estudios: Enfermería	Plan de estudios: Obstetricia	Dependencia educativa: Universitaria	Dependencia educativa: Militar	Dependencia educativa: Técnica	Sin dependencia	Dirección: Enfermera	Dirección: Médico	Subdirección: Enfermera	Subdirección: Médico	No
Oaxaca											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Benito Juárez de Oaxaca.	×	×	×					×	×		
Puebla											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Puebla.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería "Emmanuel" del Hospital San José.	×		×					×	×		
Escuela de Enfermería de la Fundación Hospital Latino Americano de Puebla.	×		×					×			×
Escuela de Enfermería "Metepec".	×		×					×			×
Escuela de Enfermería de la Cruz Roja.	×		×					×			×
Querétaro											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Querétaro.	×	×	×					×			×
San Luis Potosí											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de San Luis Potosí.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana.	×					×	×				×
Sinaloa											
Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa.	×		×				×				×
Sonora											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Sonora.	×	×	×					×	×		
Tabasco											
Escuela de Enfermería de la Universidad Juárez de Tabasco.	×		×				×		×		

Cuadro 2 (*continúa*).

Nombre	Plan de estudios: Enfermería	Plan de estudios: Obstetricia	Dependencia educativa: Universitaria	Dependencia educativa: Militar	Dependencia educativa: Técnica	Sin dependencia	Dirección: Enfermera	Dirección: Médico	Subdirección: Enfermera	Subdirección: Médico	Subdirección: No
Tamaulipas											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Tamaulipas.	×	×	×					×		×	
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Tamaulipas.	×	×	×					×		×	
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Tamaulipas.	×	×	×					×	×		
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Tamaulipas.	×	×	×					×		×	
Tlaxcala											
Escuela de Enfermería del Instituto del Estado.	×							×	×		
Veracruz											
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Veracruzana.	×	×	×					×			×
Escuela de Enfermería de la Universidad Veracruzana.	×		×					×			×
Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Veracruzana.	×	×	×					×			×
Escuela de Enfermería de la Universidad Veracruzana.	×		×					×	×		
Yucatán											
Escuela de Enfermería de la Universidad de Yucatán.	×		×				×				×
Zacatecas											
Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto de Ciencias Autónomo de Zacatecas.	×	×	×					×	×		
T o t a l	76	34	66	1	4	5	16	60	37	4	35

Cuadro 3. Datos cronológicos sobre la trayectoria de la educación posgraduada en enfermería

Año	Programa	Requisitos	Institución responsable	Cursos realizados	Observaciones
1935	Curso de enfermería sanitaria.	Educación primaria, carrera de enfermería.	Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	1	Para visitadoras e instructoras se descontinuó este curso.
1944	Curso de enfermería pediátrica.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Hospital Infantil de la C. de México, Universidad Nacional Autónoma de México.	21	Para enfermeras pediátricas, jefes y supervisoras.
1949	Curso de enfermería sanitaria.	Educación sanitaria, carrera de enfermería.	Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	18	Para enfermeras sanitarias.
1952	Curso de educación en enfermería.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Oficina Sanitaria Panamericana.	4	Para enfermeras instructoras maestras, se descontinuó este curso.
1953	Curso de obstetricia.	Educación secundaria, carrera de enfermería y obstetricia.	Secretaría de Salubridad y Asistencia.	1	Para parteras instructoras se descontinuó este curso.
1953	Curso de enfermería psiquiátrica.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Oficina Sanitaria Panamericana.	1	Para enfermeras psiquiátricas se descontinuó este curso.
1954	Curso de enfermería quirúrgica.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	13	Para enfermeras instrumentistas.
1955	Curso de admón. de servicios de enfermería asistencial.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	2	Para enfermeras jefes y supervisoras se descontinuaron estos cursos.

CUADRO 3 (*continúa*).

Año	*Programa*	*Requisitos*	*Institución responsable*	*Cursos realizados*	*Observaciones*
1957	Curso de administración en servicios de enfermería asistencial.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Secretaría de Salubridad y Asistencia, Secretaría de la Defensa Nacional.	1	Para enfermeras jefes y supervisoras se descontinuó este curso.
1959	Curso de educación en enfermería.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Nacional de la Nutrición. (Desde 1961 con el Instituto Politécnico Nacional.)	7	Para enfermeras instructoras. Se descontinuó este curso.
1961	Curso de administración de servicios regionales de salud pública.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Secretaría de Salubridad y Asistencia.	4	Para enfermeras sanitarias, jefes y supervisoras. Se descontinuó este curso.
1962	Curso de admon. de servicios de enfermería asistencial.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Politécnico Nacional.	3	Para enfermeras jefes y supervisoras.
1964	Curso de educación en enfermería.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Universidad Nacional Autónoma de México.	4	Para enfermeras instructoras maestras.
1964	Curso para maestras en enfermería.	Idem.	Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	4	Para enfermeras maestras.
1966	Curso de educación en enfermería.	Idem.	Instituto Politécnico Nacional.	2	Para enfermeras instructoras maestras.
1966	Curso de enfermería cardiológica.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Cardiología.	2	Para enfermeras generales, jefes y supervisoras.
1966	Curso de enfermería psiquiátrica.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Universidad Nacional Autónoma de México.	2	Para enfermeras generales, jefes y supervisoras.
1967	Curso de admon. de servicios de enfermería asistencial.	Educación secundaria, carrera de enfermería.	Instituto Politécnico Nacional.	1	Para jefes y supervisoras.

Elaborado por las Sritas. Alicia Roca Belmont y Ma. Elena Maza Brito.

todas las jóvenes que cumplan los requisitos marcados por la escuela; las alumnas son admitidas únicamente en el 1er. año de estudios.

Al terminar sus estudios se les somete a examen profesional para obtener el título de enfermera el que se registra en la Dirección General de Profesiones, de acuerdo a los requisitos que exige la ley del ejercicio profesional en México.

Es importante hacer mención a los médicos y enfermeras militares que en distintos años han contribuido al engrandecimiento de la escuela.

Escuela de Enfermería del Instituto Politécnico Nacional. En 1938 con motivo del Segundo Congreso de Higiene Rural la Sra. Carmen Leija Paz de Ibarra presentó un trabajo en el que en sus conclusiones hacía hincapié en los problemas de educación higiénica en las zonas rurales y la necesidad que existía del personal de enfermería capacitado para impartirlo dando por resultado la apertura de una escuela de enfermería que preparara enfermeras que salieran a prestar sus servicios al campo rural.

A consecuencia de esto, en 1940 se iniciaron las inscripciones para la escuela de enfermería y obstetricia del Instituto Politécnico Nacional, los requisitos fueron primaria y secundaria y el plan de estudios constaba de 4 años; 2 de enfermería y 2 de obstetricia, para presentar examen profesional se exigía servicio social en zonas rurales con un mínimo de 6 meses y una tesis informando sobre las labores realizadas y los problemas encontrados durante el servicio. La primera enfermera que ingresó al personal docente fue precisamente la Sra. Carmen Leija Paz de Ibarra, como responsable de la carrera de enfermería. En 1946 pasa a formar parte del personal docente la Srita. María Luisa Salgado una de las primeras enfermeras sanitarias con especialidad en E. U. de N. A. y de aquí en adelante año con año fueron engrosando las filas del personal docente de enfermería destacadas enfermeras egresadas de la escuela de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la Escuela de la Cruz Roja Mexicana y de la propia escuela.

Hasta 1960 la escuela vino funcionando dentro de la Escuela Superior de Medicina Rural, sin embargo en este año se separa y logra su independencia como escuela de enfermería y obstetricia, habiendo las autoridades colocado al frente de la misma desde su origen, a una enfermera, la Sra. Sara Alicia Ponce de León de García, esta escuela ha ido en marcha ascendente y uno de los aspectos de mayor trascendencia para el pueblo de México, es el año de servicio social que sus pasantes brindan a las zonas rurales de nuestro país.

Sería imposible destacar la historia de cada una de las escuelas de enfermería que existen en el país, en este capítulo hemos querido hacer mención a aquellas que por su organización o dependencia se distinguen o son guías de las demás escuelas de enfermería.

En páginas anteriores aparece un cuadro de las escuelas de enfermería existentes en la República de acuerdo a los datos obtenidos por la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública de la S. S. A. durante 1966-67.

EVOLUCION DE LA ENFERMERIA DE SALUD PUBLICA EN MEXICO EN LOS ULTIMOS CINCUENTA AÑOS.[1]

Margarita Navarro Salazar[2] y Esperanza Sosa Vázquez[3]

La Enfermería de Salud Pública en México, ha vivido las mismas inquietudes por las que ha atravesado el país, desde la revolución de 1910 hasta el año de 1960; han sido cincuenta años de lucha contra la insalubridad, las epidemias y la ignorancia sobre educación sanitaria.

De 1910 a 1920, existen pocos datos debido a la situación política, económica y social que nuestro país sufría; sin embargo, en la memoria de los tra-

[1] Trabajo presentado en el Primer Congreso de Salud Pública, celebrado en México, D. F., del 3 al 9 de diciembre de 1960.
[2] Subdirectora de Enfermería Sanitaria. Dirección General de Enfermería.
[3] Enfermera Sanitaria de la Dirección General de Enfermería.

bajos ejecutados por el Consejo de Salubridad en 1912, encontramos que aun no existía personal de enfermería en salubridad; las pocas enfermeras que se graduaban en la primera y única escuela de enfermería inaugurada en 1907 en el Hospital General, eran insuficientes para cubrir las necesidades de la propia institución, no quedando por lo tanto ninguna para desarrollar funciones en el campo sanitario.

Hasta el año de 1917 en que se reorganiza el Consejo de Salubridad, y se crea el Departamento de Salubridad Pública, en su Sección de Higiene Infantil, se planea utilizar enfermeras.

De 1920 a 1929, al ir mejorando las condiciones sanitarias del medio, hubo margen para ampliar las actividades de educación sanitaria a la población y se vio la importancia de utilizar a la enfermera como "visitadora".

En 1921, en la lista del personal sanitario de la Federación, se cuenta ya con 10 enfermeras visitadoras para el servicio de enfermedades transmisibles, 8 enfermeras visitadoras para el servicio de vacuna antivariolosa, y 1 enfermera para el servicio antirrábico.

En la campaña contra las enfermedades infectocontagiosas, la enfermera colaboraba en la lucha contra la "oftalmía purulenta con la obligación de atender a los enfermos en sus hogares".

El adiestramiento de las enfermeras en todos los programas anteriores era responsabilidad de los médicos en servicio y no fue sino hasta el año de 1925, cuando la Escuela de Salubridad estableció los cursos necesarios para preparar al personal técnico incluyendo personal de enfermería.

Al establecerse los Servicios Sanitarios Federales en los Estados, la enfermera visitadora forma parte de las brigadas sanitarias siendo su responsabilidad la vacunación antivariolosa.

En 1929 se organizó el servicio de enfermeras visitadoras para los Centros de Higiene Infantil, en los cuales su misión era textualmente: "Impartir en los hogares las enseñanzas de la Higiene, especialmente por lo que toca al cuidado de los niños y de las mujeres encinta".

De 1930 a 1939, el Departamento de Salubridad utiliza a la enfermera como parte del equipo de salud; orientando sus actividades entre otros aspectos hacia la investigación, organización y servicio social a la población. La enfermera, va aumentando su preparación sanitaria para trabajar en el medio urbano y rural.

Al dividirse la ciudad de México en diez cuarteles, se cuenta con un grupo de enfermeras visitadoras de transmisibles "para el cuidado y vigilancia de las escuelas y profilaxis que se debe seguir en cada caso particular", y además fijar cuotas de recuperación, resolver problemas sociales, llevar al recién nacido al Registro Civil, y hacer visitas domiciliarias con fines de educación higiénica.

En los últimos cinco años de esta década, la política del gobierno de la República en su primer Plan Sexenal, establece las bases de la Salubridad Rural, al decretar la fundación de los Centros de Higiene y la preparación y radicación de una enfermera visitadora por cada 5000 habitantes.

La Escuela de Salubridad, establece el Curso para Visitadoras Rurales y se instituye la Escuela de Adiestramiento para médicos y enfermeras en la Unidad Sanitaria de Xochimilco, Distrito Federal, con tal fin, se señala como requisito fundamental para las enfermeras que presten sus servicios en dicha unidad, que sean tituladas.

El primer grupo de enfermeras becadas, por el Instituto Rockefeller para adiestrarse en Enfermería Sanitaria en Canadá y Nueva York, fue integrado por las C. C. Enf. S. P. Bertha Heuer (q.e.p.d.), Matilde Prida Santacilia, Carmen Gómez Siegler, Mercedes Miranda (q.e.p.d.), y María Luisa Salgado, a quienes se les encargó la organización de la Oficina General de Enfermería en el Distrito Federal, quedando bajo la responsabilidad de la C. Enf. Carmen Gómez Siegler la jefatura de enfermeras, siendo ésta la primera oficina organizada y dirigida por enfermeras; encauzó sus actividades al aspecto técnico, formuló instructivos sobre los requisitos de ingreso del personal de enfermería sanitaria del Distrito Federal, su propio reglamento interno, el instructivo sobre la labor de la enfermera en las enfermedades transmisibles y el reglamento de los Servicios de Enfermería Sanitaria; realizó tres cursillos para personal de enfermería sobre enfermedades venéreas, tuberculosis y Servicio Social.

Organizó los planes y reglamentos para la primera Casa de la Enfermera, inaugurada el 20 de diciembre de 1939, dándose a conocer entre el personal de enfermería la existencia y finalidad de la misma, que era albergar enfermeras foráneas, que acudían temporalmente al Distrito Federal por razones profesionales.

Se estableció la primera biblioteca para el personal de enfermería sanitaria.

En 1939 el Departamento de Salubridad Pública contaba con 658 personas en enfermería, distribuidas en la República, y sus actividades eran orientadas hacia saneamiento del medio, epidemiología y profilaxis de las enfermedades trasmisibles, higiene infantil, materna y escolar.

Para desarrollar los programas antes mencionados, el personal de enfermería del Distrito Federal y de 10 Estados de la República recibió adiestramiento simultáneo obteniéndose 198 alumnas; la C. M. C. Emilia Leija Paz de Ortiz fungió como Jefe de la Oficina General de Control de Enfermeras de la República Mexicana y estuvo a su cargo la organización del adiestramiento y la distribución del personal de enfermería en el país de acuerdo a las necesidades existentes.

De 1940 a 1949, la Enfermería Sanitaria continúa su avance técnico, se establece la supervisión de los servicios de enfermería y se determinan las necesidades de los mismos para atender mejor a la comunidad.

En el Distrito Federal se inicia la creación de los Centros de Salud y en los estados y territorios se federalizan las plazas del personal de enfermería.

La Oficina General de Enfermería Sanitaria en el Distrito Federal elaboró el "Instructivo general para el servicio de supervisión sanitaria"; distribuyó enfermeras entre las direcciones de servicios coordinados en estados y territorios, higiene rural y medicina social y en puertos y fronteras, con el propósito de adiestrar y supervisar al personal de enfermería en diez estados de la República.

Se inicia la reorganización de la Unidad Sanitaria y Estación de Adiestramiento de Xochimilco para impartir cursos al personal de enfermería, con el fin de prepararlas como Enfermeras sanitarias polivalentes", con la asesoría de la C. Enf. S. P. Kathleen Logan enfermera consultora del Instituto de Asuntos Interamericanos y la participación de las C. C. Enfs. S. P. Carmen Gómez Siegler y Juana Rojas de Arizmendi.

Se inaugura el primer centro de salud en el Distrito Federal, en el cuartel núm. 3 al que ingresa gran número de personal de enfermería titulado y un nuevo tipo de personal auxiliar de enfermería.

El grupo de enfermeras integrado por las C. C. Enfs. S. P. Esperanza Sosa Vázquez, Leonor Cedeño y Beatriz Candia realiza el estudio de la comunidad del distrito sanitario núm. 1 que sirvió para la planeación del programa de enfermería y posteriormente para organizar y adiestrar a dicho personal.

En 1949 la Escuela de Salubridad e Higiene establece los cursos de enfermería sanitaria de un año escolar para enfermeras tituladas, dando la responsabilidad como profesora e instructora del curso de enfermería sanitaria a la C. Enf. Aurora Macías Báez.

De 1950 a 1960. La enfermería sanitaria continúa su avance técnico con la nueva administración de los servicios de enfermería al nivel nacional, estatal, distrital y local.

Se inaugura el Centro de Salud del distrito sanitario núm. 1, ocupando la jefatura del servicio de enfermería la C. Enf. S. P. Esperanza Sosa Vázquez, estableciéndose como requisito el ingresar al servicio, personal titulado para ocupar las plazas de enfermeras visitadoras, esta institución fue seleccionada como Centro Piloto de Adiestramiento para jefes y supervisoras de servicios de

enfermería sanitaria de los estados de la República y países latinoamericanos.

A solicitud de médicos jefes de instituciones sanitarias se establece la necesidad de que las jefaturas de enfermeras de centros de salud en el Distrito Federal y en los estados, fueran ocupadas por personal titulado y posteriormente, becar al mayor número de enfermeras para el curso posbásico de enfermería sanitaria.

En 1952 se inaugura en la ciudad de Monterrey, N. L., el primer centro de salud, con administración del servicio de enfermería similar a los del Distrito Federal, utilizándose como centro de adiestramiento regional.

Las unidades sanitarias de Cuernavaca y Veracruz, son reorganizadas para servir como centros de adiestramiento regional para el personal de enfermería de los estados comprendidos en esas zonas.

Desde 1947, por diez años el grupo integrado por las C. C. Enfs. S. P. Martha Garst, Caroline Russell y Lucille Woodville, personal de consultoras en enfermería de salud pública de la Dirección de Cooperación Interamericana, más tarde Dirección de Estudios Experimentales, asesoró a varios grupos de enfermeras con cursos posbásicos de enfermería sanitaria, con el fin de prepararlas para la administración de servicios de enfermería en diversos niveles.

Las actividades más importantes desarrolladas por las enfermeras antes mencionadas en el medio rural, fueron: organizar en la ciudad de Torreón con la participación de la C. Enf. S. P. Lucrecia Lara Maldonado, un nuevo tipo de adiestramiento de personal rural auxiliar de enfermería, colaborar en el adiestramiento del personal auxiliar de enfermería de los distritos de salubridad integral en cinco estados de la República y en la planeación y desarrollo de programas de adiestramiento para Promotoras Rurales.

En 1954 por acuerdo del C. Secretario de Salubridad, se crea la Dirección de Enfermería y Trabajo Social, nombrándose a la C. M. C. Emilia Leija Paz de Ortiz directora quien había ocupado la jefatura de la Sección de enfermería de la Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad en Estados y Territorios.

La dirección de enfermería y trabajo social tuvo la finalidad de asesorar en el aspecto técnico de la profesión a las direcciones aplicativas de la Secretaría, organizó su Comité Consultivo integrado por representantes de los campos sanitario, asistencial y de educación en enfermería, así como de asociaciones de enfermeras y de organismos internacionales. Se iniciaron actividades con un estudio del personal de enfermería de la Dirección de Salubridad en el D. F., con el fin de conocer sus necesidades y recursos.

El personal de enfermería de la dirección de enfermería y trabajo social elabora los requisitos de ingreso y funciones del personal de enfermería en sus diversos niveles, formula programas de trabajo y guías para organizar y reorganizar servicios de enfermería sanitaria y elabora manuales para los servicios de enfermería. Con el fin de controlar técnicamente al nuevo personal de enfermería de la Secretaría, se establecen los exámenes de selección teórico-prácticos, en coordinación con el departamento de personal. Por acuerdo con la Dirección de Servicios Coordinados comisiona a sus instructoras en enfermería sanitaria para colaborar en la administración de los servicios de enfermería de veinte centros de salud en diversos estados de la República.

Con motivo de la IX Asamblea Mundial de la Salud cuyo tema era "La Enfermera, su educación y su función en los programas de salud pública" se participa con enfermeras de diversas especialidades y organismos para elaborar el informe que sobre este tema debería enviar cada país.

En 1956 se inicia la creación de Jefaturas Estatales de Enfermería por la Dirección General de Servicios Coordinados, y por primera vez, una Jefe, la C. Enf. S. P. Velasco de Carboney y cinco supervisoras con curso posbásico en enfermería sanitaria son responsables de la sección de enfermería de esa dirección.

Se establece la Sección de Enfermería de la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos con la C. Enf. S. P. Lucrecia Lara Maldonado como jefe. La oficina coordinadora de bienestar social rural funda la sección de enfermería con una enfermera con curso posbásico en enfermería sanitaria y diez enfermeras instructoras.

Al organizarse los centros de salud con sanatorio, el personal de enfermería sanitaria al nivel nacional, colabora en la administración de enfermería, inaugurándose los primeros de este tipo en el estado de Oaxaca.

En el año de 1958 se nombra en forma interina y por primera vez, a una enfermera con curso posbásico en enfermería sanitaria, a la C. Enf. S. P. Margarita Navarro Salazar, como directora de enfermería y trabajo social.

En el estado de Michoacán se ejecuta un plan piloto de coordinación de los campos de enfermería sanitaria, asistencial y de educación, a iniciativa de la Dirección de Enfermería y Trabajo Social, en colaboración con las direcciones técnicoaplicativas de la Secretaría y la Universidad del estado.

En 1959 por acuerdo del C. Secretario de Salubridad y Asistencia, se crea la Dirección de Enfermería y la Dirección de Trabajo Social, de la extinta Dirección de Enfermería y Trabajo Social, nombrándose Directora a la C. Enf. S. P. Carmen Gómez Siegler y como Subdirectora a la C. Enf. S. P. Margarita Navarro Salazar.

El personal de instructoras de las direcciones de enfermería y de servicios coordinados colaboran en la administración de los servicios de enfermería sanitaria en veinte nuevos centros de salud de diversos estados de la República.

La Dirección de Enfermería continúa la asesoria al través de sus instructoras sanitarias al supervisar los servicios de enfermería de trece centros de salud organizados en años anteriores.

En 1959 la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal establece la Sección de enfermería sanitaria a cargo de la C. Enf. S. P. Lucía Ortiz Vázquez y cuatro supervisoras con cursos posbásicos de enfermería sanitaria.

En 1960, de acuerdo a la nueva estructura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Dirección de Enfermería es transformada en Dirección General de Enfermería.

Debido a la necesidad de contar con personal calificado para la administración de los servicios de enfermería sanitaria, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha dado oportunidad a las enfermeras de continuar su preparación al través de becas en el país para cursos de enfermería de salud pública, higiene mental y de educación en en- sanitaria o con fines de observar la adtambién se han seleccionado candidatos para becas al extranjero a tomar cursos de especialización en enfermería sanitaria o con fines de observar la administración de servicios de enfermería en países como Estados Unidos de N. A., Chile, Puerto Rico, Guatemala, El Salvador, Panamá, Venezuela y Kenya, Africa.

Las enfermeras sanitarias han tenido la oportunidad de asistir a congresos y seminarios de educación en enfermería, de administración de servicios de enfermería sanitaria, de educación higiénica, sobre higiene de alimentos y bebidas; al seminario internacional sobre control de diarreas; al congreso internacional de medicina del trabajo, al de educación higiénica en tuberculosis.

En el extranjero, han participado en el seminario de encuestas en enfermería en Brasil y en congresos internacionales celebrados en Costa Rica, Guatemala y Estados Unidos de N. A.

Se inicia en 1950, con la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, la integración de salud pública y enfermería sanitaria en el plan de estudios de las Escuelas de enfermería básica en el Distrito Federal y posteriormente en los estados.

En los cursos posbásicos de enfermería sanitaria han participado en la enseñanza enfermeras especializadas en salud pública.

RESUMEN

La enfermería de salud pública en México cuyo origen data de 1921, ha evolucionado en el aspecto técnico y social en forma ascendente; sus primeras actividades que sólo consistían en "vacunar" fueron ampliándose a medida que su preparación se lo permitía y de acuerdo a las facilidades que las autoridades sanitarias otorgaban en relación a creación de plazas, delegación de autoridad y asignación de presupuestos para los servicios de enfermería.

La extensión de los servicios sanitarios a las zonas rurales, la creación de los centros de salud en el país y los cursos posbásicos en enfermería sanitaria, capacitaron a la enfermera de salud pública para participar en la enseñanza y en la administración de servicios de enfermería a nivel local, distrital y estatal.

La oportunidad de asistir a cursos y congresos sobre la especialidad, la creación de secciones de enfermería al nivel nacional y finalmente la organización de la Dirección General de Enfermería, son prueba evidente de la evolución obtenida.

Actualmente, la S. S. A., cuenta con 3 500 personas en los servicios de enfermería sanitaria en el país, de las cuales 100 son enfermeras con curso posbásico en enfermería sanitaria y trabajan como dirigentes en los diversos niveles.

Las enfermeras de salud pública continuarán preparándose cada vez en mayor número y eficiencia en los aspectos técnicos, administrativos y docentes, pero la lucha no ha terminado aún; en México, todavía existen personas que viven en zonas insalubres, y que ignoran cómo proteger su salud, hay trabajo y hay problemas, que son responsabilidad nuestra y de las generaciones del futuro.

Bibliografía

Memoria de los trabajos ejecutados por el Consejo Superior de Salubridad. 1912.

Memorias de los trabajos ejecutados por el Departamento de Salubridad Pública. 1917.

Memoria basada en el informe de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1945.

Memoria del Seminario de Educación en Enfermería. Zimapán, Hidalgo. 1954. *Secretaría de Salubridad y Asistencia.*

Figueroa Ortiz J. Dr., y Escarza Martínez, Dr. "Funciones de Enfermería y Obstetricia en el Medio Rural".

Gómez Siegler Carmen, Enfermera. *"Documentos personales".* 1936, 1938, 1939, 1941, 1949.

Informes de la Dirección de Enfermería y Trabajo Social. 1954-1958.

Informe final de consultoras de la Dirección de Estudios Experimentales. 1947-1957.

Informes de secciones de Enfermería de las Direcciones Aplicativas de la S. S. A. 1954-1960.

AGRUPACIONES NACIONALES DE ENFERMERIA

Instituto Convenciones Nacionales de Enfermeras. El Instituto Convenciones Nacionales de Enfermeras tuvo su origen en 1936 en ocasión de la Primera Asamblea Nacional de Cirujanos, durante las tres primeras asambleas de cirujanos la participación de enfermería fue muy limitada, pero a partir de la 4ª Asamblea Nacional de Cirujanos se instituyó lo que en su origen fue la sección de enfermería dirigida durante las dos primeras ocasiones por médicos, a partir de 1946 se constituyó en Instituto Convenciones Nacionales de Enfermeras al frente del cual quedan las enfermeras.

Este Instituto tiene como sede el hospital Juárez y aunque a las Convenciones que se celebran cada dos años conjuntamente con la Asamblea de Cirujanos asisten enfermeras de diversos lugares de la República, la dirección de las mismas ha recaído por lo general en las enfermeras del Hospital Juárez.

Asociación Mexicana de Enfermeras. En ocasión de la Convención Nacional de Enfermeras que se celebró en 1946 se hizo notar a la enfermería nacional la importancia de crear un organismo de enfermería, es decir una Asociación de carácter civil que luchara por la elevación de la enfermería de México, y a su vez lograra el reconocimiento internacional de la enfermería de nuestro país.

Las enfermeras presentes aceptaron la idea con entusiasmo y nombraron a las jefes de enfermeras ahí presentes para que trabajaran en esto, así fue como en los inicios se reunieron una vez en cada institución para elaborar estatutos y cimentar las bases de este organismo. En febrero de 1947 protocolizaron ante Notario Público la Asociación Mexicana de Enfermeras de acuerdo a las leyes establecidas para este fin en nuestro Código Civil.

En vista de las facilidades brindadas por el Dr. Ignacio Chávez director del Instituto Nacional de Cardiología y las Revs. Madres Felícitas Villegas y Guadalupe Cerisola, se solicitó al Instituto albergue para que éste fuera la sede provisional de la AME. Esto que nos fue concedido en forma provisional, lleva a la fecha 20 años de constantes muestras de hospitalidad de parte de las autoridades del Instituto.

Esta Asociación podríamos decir que cimentó sus bases de 1947 a 1955, en que al organizar el II Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia empezó a ganar el título de Organismo Representativo de la enfermería nacional. Durante este periodo de tiempo fueron presidentes de esta agrupación las Sritas. Ana Ma. Pizarro de Macedo, Aurora Macías Báez, Carmen Gómez Siegler y Fernanda del Villar.

De 1956 a 1966 se dio a conocer a nivel nacional e internacional y ganó mediante el esfuerzo de socias y dirigentes, el reconocimiento de las autoridades nacionales y el reconocimiento extranjero al lograr su afiliación al Consejo Internacional de Enfermeras en el año de 1961. Este periodo de tiempo estuvo presidido por las Sritas. Alicia Roca Belmont, Ma. Elena Maza Brito, Ma. Elena Medina Mora, Sra. Irma Gómez de Moreno, Srita. Luz Pérez Loredo y a partir de 1967 la Srita. Gloria Trujillo.

Como Asociación organizó 4 congresos nacionales de los que fueron presidentes las Sritas. Fernanda del Villar, Ma. Elena Maza Brito, Ma. Elena Medina Mora e Irma Gómez de Moreno y un interamericano del que fue presidente la Srita. Alicia Roca Belmont, varios cursillos, ciclos de conferencias, promovió la creación de organismos filiales en diversos Estados de la República y mantuvo la Revista como órgano de educación e información, que ha circulado en la República y en el extranjero. Esto que es un somero análisis de sus realizaciones estaba cumpliendo ampliamente con sus objetivos:

1. Lograr el más alto nivel profesional de las enfermeras mexicanas.
2. Fomentar la ética y la buena conducta de las enfermeras mexicanas.
3. Procurar el progreso educativo y profesional de las enfermeras mexicanas.
4. Promover y estrechar los vínculos entre mexicanos y extranjeros en particular, mantener relaciones con el Consejo Internacional de Enfermeras.

Sin embargo las exigencias y necesidades de enfermería del momento obligaban a la Asociación a dar más para elevar la profesión. Su campo de acción como Asociación Civil se veía limitado, no podía avocarse a una serie de asuntos y problemas que se le venían presentando, enfermería nacional necesitaba más, debía ser impulsada con mayor fuerza, debía alcanzar otras metas, no podía al pertenecer a una sociedad dinámica, permanecer estática.

Se solicitó entonces la revisión de Estatutos al comité respectivo y el dictamen del mismo puede sintetizarse en estas palabras;

"Como Asociación no podemos alcanzar más, es indispensable convertirnos en Cuerpo Colegiado".

La reacción original no fue de absoluta seguridad; ¿cómo se iba a dar ese paso?, ¿acaso no dividiríamos más la enfermería al existir ya otro colegio?

Nada fue hecho con precipitación, se analizaron los pros y los contras; estos nos demostraron que contrariamente a lo que se pensaba lograríamos más unión ya que ante la dirección general de profesiones habría una sola voz representativa, lo que nos obligaría a unificar esfuerzos e ideas, la Asociación además, podría avocarse a toda esa serie de problemas que en este momento tenía por su carácter civil, que dejar a un lado, que no podía atacar o solucionar de lleno.

Una vez que la Mesa Directiva estuvo segura de la situación, se dio el siguiente paso; consultar a las socias fun-

En 1914, se graduó el segundo grupo de siete enfermeras. Durante los siguientes cuatro años, la lucha fue intensa; la escuela vivió de milagro; de vez en cuando se dictaban conferencias; la instrucción teórica era casi nula; la estudiante sólo ejecutaba trabajo práctico, y hasta se pensó en clausurar la escuela, pero, gracias a la señorita Brakamier y al doctor Alfonso Preciado, su gran cooperador en el sostenimiento moral e intelectual de la escuela, pudo mantenerse ésta.

En 1918, el doctor Preciado encontró el apoyo necesario con el superintendente del hospital doctor Pierre, para organizar la escuela de enfermeras. La primera reorganización la efectuó en 1918 el doctor Alfonso Preciado, diez años después de fundada.

Las estudiantes quedaron divididas en tres grupos (o años) (antes no lo estaban); se exigía diploma de escuela primaria; se nombraron nuevos profesores, pues sólo había habido tres a lo sumo y se adoptó provisionalmente el método de La Habana. En ese mismo año se celebró la primera graduación oficial de enfermeras (en número de diez). El número de materias se aumentó a nueve y el curso era de 190 horas; antes solo se daban clases cuando se podía.

El programa de clases quedó así arreglado.

Ese mismo año tuvo lugar la primera renuncia de la señorita Brakamier como directora de la escuela, substituyéndola interinamente Miss Byer mientras tomaba el cargo el mismo año, la señorita Luisa Kuranth.

La escuela siguió progresando y en 1921 renuncia Miss Kuranth y se encarga como directora la Sra. Sara L. Adames, quien renunció en 1926, volviendo la señorita Brakamier a encargarse de la escuela; Miss Emily Smith ocupó la dirección interina, mientras se hacía el nuevo nombramiento. La señorita Brakamier continuó como directora hasta el año 1929. Después de ser aceptada la renuncia de la señorita Brakamier, se encargó como directora de la escuela a la señorita panameña Enriqueta Morales, el año de 1929.

Tres años después (en 1932), el doctor Prieto, superintendente del Hospital de Santo Tomás, consiguió que la escuela concediera becas a jóvenes centroamericanas para que estudiaran enfermería en Panamá.

En 1933, la señorita Enriqueta Morales renunció a su cargo de directora y fue reemplazada por la señora de Ramos.

Siendo Miss Howitt directora provisional, se efectuó la segunda organización de la escuela, que puso las sólidas bases de la actual forma de organización.

El nivel profesional de la enfermera panameña se elevó muchísimo con esta segunda organización. En estas condiciones ha seguido adelante la Escuela de Enfermería del Hospital de Santo Tomás, hasta ser actualmente una de las mejores de Iberoamérica. El promedio de materias es hoy de 35, y las horas de clase pueden ser aumentadas o disminuidas según las circunstancias lo exijan.

Miss Helen Howitt se retiró de la dirección de la Escuela el año de 1938; interinamente se encargó la Srita. Florencia García, hasta que en el mismo año, fue nombrada la Srita. Jessie Noreluis.

En 1942, se retiró Miss Noreluis, encargándose de la dirección de la Escuela la Srita. Mary E. Stehman, hasta 1945, año en que fue nombrada la Sra. Elvira de Almendral; en 1950 lo fue la señorita Martina Guerrero y, en 1951 la Srita. Luzmila Arosamena, que es la que sigue ocupando el cargo (1960).

PERU

En los primeros años del siglo actual se advirtió en Perú la necesidad de contar con escuelas de adiestramiento para personal destinado a los hospitales, puesto que, a pesar de que éstos eran atendidos por Hermanas de la Caridad, su número era insuficiente.

En el año 1907, los médicos italianos Giovanni, Battista, Agnoli, Nino Barazzoni y Pietro Vittorelli, fundaron en el Distrito de Bellavista, una clínica particular, denominada "Casa de Salud", y además crearon una escuela, para lo

cual contrataron los servicios de una enfermera inglesa, Miss Little; pero tuvieron que vencer los prejuicios sociales de aquella época para conseguir estudiantes. La primera promoción fue de ocho enfermeras.

"La Casa de Salud" fue transferida a una entidad angloamericana, junto con la escuela de enfermeras, y fue dirigida por enfermeras norteamericanas hasta el año de 1952; actualmente la dirigen dos enfermeras peruanas y cuenta con un moderno local en San Isidro.

Observando la necesidad de contar con personal convenientemente preparado para asistir a enfermos, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima creó en 1915 una escuela mixta de enfermería. Colaboró en esta empresa el Dr. Wenceslao Molina, médico de gran prestigio profesional y director del Hospital "Dos de Mayo". Para organizar tal escuela se contrataron dos enfermeras inglesas, Miss Opper y Miss Carter. Poco tiempo después tomó la dirección Miss Mc Dugall, pero al cabo de algunos años se encomendó a las Hermanas de la Caridad del Hospital "Arzobispo Loayza" el control de la escuela de enfermeras. Actualmente ejerce la dirección la Rvda. Madre Rosa Larrabure, Superiora de dicho hospital, quien ha merecido altas distinciones, como el título de *Enfermera Honoris Causa* y la medalla Florence Nightingale, otorgada por la Cruz Roja Internacional; la directora de educación es la Rvda. Madre Martha Maurin. Actualmente la escuela cuenta con un moderno local, adecuado para alojar el gran número de alumnos que allí estudian.

En 1931, el Dr. Baltasar Caravedo, Director del Hospital "Víctor Larco Herrera", fundó la primera escuela mixta de enfermeros especializados en psiquiatría. Se solicitaron los servicios de la enfermera inglesa Miss Cumming, quien puso las bases de la organización de la nueva escuela. Posteriormente ocupó la dirección del plantel otra enfermera inglesa, Miss Alice Brothers; la directora de educación en ese tiempo fue la señorita enfermera Celia Gamarra.

En 1939, la Caja del Seguro Social Obrero, creó la escuela de enfermeras del Hospital Obrero. En los 14 años que lleva funcionando ha alcanzado un alto nivel educacional, y reunió un grupo de instructoras con cursos de posgraduado en el Perú y el extranjero. Ha adoptado los más modernos métodos de enseñanza, tanto teóricos como prácticos, y cuenta con un gran material para la enseñanza práctica; trabaja bajo la acertada dirección de su directora Rvda. Madre Cristóforis.

En el año de 1939, el Hospital del Niño advirtió la necesidad de preparar personal especializado en enfermería infantil, por lo que, de común acuerdo, el Dr. Gerardo Alarco, director del citado nosocomio, y el Dr. Carlos Krumidieck, Director Técnico de Enseñanza, propusieron un plan para organizar una escuela de puericultoras, plan que fue aprobado por una resolución suprema el 8 de abril de 1939. Después, en el año de 1942, se creó la escuela de enfermeras, bajo la dirección del Dr. Carlos Krumidieck y de la señorita Paula Díez; tuvo como ayudante a la señorita Delia Alvarado, enfermera graduada de la propia escuela. En 1950, la dirección de ésta, pasó a la actual directora Rvda. Madre María Teresa Echániz.

En 1940, la Sociedad de Beneficencia Pública de Callao, creó la escuela de enfermeras del Hospital "Daniel A. Carrión", bajo la dirección del Dr. Mauricio Dávila; actuó como subdirectora la señorita Elena Delgado y, posteriormente, la señorita Victoria Torres, enfermera graduada de la escuela mixta de enfermeros del Hospital "Víctor Larco Herrera". En el año de 1950 pasó la dirección a las Rvdas. Madres Misioneras Franciscanas; la directora actual es la Rvda. Madre Irene.

Por resolución estatal del 5 de agosto de 1942, fue creada la escuela mixta de enfermeros de Sanidad de Gobierno y Policía, que funcionan en el Hospital Central de Policía. La Facultad de Ciencias Médicas revisó su plan de estudios, su organización, programas y reglamentos; su primer director fue el Dr. Carlos Sánchez Tirado. Le sucedió

en el cargo el Dr. Emiliano Villa Acuña, que sigue desempeñándolo; con su dinamismo y su comprensión ha dado nuevas orientaciones a la escuela.

El 14 de junio de 1954 se creó el Instituto Nacional de Enfermería, como dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Seguro Social del Empleado y del Comité Permanente de Control de Escuelas de Enfermería.

Todas las escuelas mencionadas funcionaron hasta el año 1946 con planes diferentes de enseñanza. En el mes de marzo de dicho año, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Dirección de Salud Pública y Asistencia Hospital y Beneficencia, reunió una comisión de miembros de las Escuelas de Enfermeras, tanto civiles como militares de Sanidad Naval, del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, de la Fundación Rockefeller y de la Oficina Sanitaria Panamericana; Comité que elaboró un proyecto de estatuto para las escuelas de enfermeras, aprobado por resolución suprema del 7 de enero de 1947, que creó el Comité Permanente de Control de Escuelas de Enfermería; su primer presidente fue el Dr. Miguel Angel Delgado; actualmente desempeña el cargo el Dr. Enrique Campos Pallete, Director General de Asistencia Social y Hospitalaria. El estatuto mencionado, comprende dos partes fundamentales: una se refiere al control de las escuelas de enfermería, las condiciones de ingreso, las obligaciones de las escuelas para con las alumnas, planes y programas de estudios, y las bases deontológicas, y la otra trata del control del ejercicio de la profesión.

Los fines inmediatos del Comité Permanente del Control de Enfermería en el Perú son:

a) Unificación y ampliación de los cursos de las siete escuelas de enfermería, reconocidas oficialmente y que existen en la actualidad.

b) La organización de estudios de posgraduados para enfermeras.

c) Fomentar el interés del cuerpo médico y del público en general para mejorar el servicio de enfermería.

El objetivo primordial es elevar el nivel de la enfermería en el Perú, hasta alcanzar la posición profesional reconocida.

De acuerdo con las disposiciones del Decreto Supremo de 1947, el Comité Permanente ha estudiado el servicio de enfermería en el Perú y la preparación de las alumnas en las siete escuelas. Ha colaborado con los directores en el mejoramiento de tales planteles. Un subcomité ha preparado los programas para los cursos básicos del primer año. Desde 1951, el Comité ha establecido un examen general para todas las alumnas, al completar el tercer año de estudios. En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, otra comisión estudió el aspecto económico de las escuelas, con el propósito de asignarles un presupuesto. Por último, el Comité ha colaborado con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en las decisiones tomadas en relación con la enfermería.

Los objetivos principales de la colaboración con los directores de las escuelas han sido: unificación de los cursos, pruebas prácticas, que no ofrece el hospital que mantiene la escuela, y examen general.

En colaboración con el Departamento de Selección y Entrenamiento de Personal, se han organizado clases y cursos para complementar los conocimientos adquiridos por enfermeras graduadas.

El Comité continúa trabajando en programas, exámenes y afiliaciones; en fomentar el interés por la profesión de enfermería, y en resolver problemas profesionales.

El Comité Permanente insiste en que la preparación de las enfermeras se considere profesional, en lugar de estimarla como una enseñanza que se valora por los años de trabajo en el hospital.

Se fijó un plazo de cinco años para tratar de cumplir con las disposiciones del Decreto.

Cumplido el plazo, el Comité considera que para continuar adelante en el camino trazado el trabajo inmediato debe ser:

a) Asistencia continua de las escuelas en su labor de cumplir los programas de estudio recomendados.

b) Supervisión de los presupuestos anuales de las escuelas.

c) Estudio de los reglamentos de cada escuela.

d) Vigilancia progresiva del funcionamiento de las escuelas.

e) Consideración de asuntos relativos a la práctica de la profesión.

El trabajo del Comité se proseguirá indefinidamente, porque el progreso implica nuevos problemas y asuntos, que es necesario tomar en consideración. El estudio de la labor de los directores de las escuelas, revela que en algunas de éstas se carece del equipo adecuado, como de laboratorio para ciencias básicas (dietética, por ejemplo) y que hace falta una mejor comprensión, por parte del cuerpo directivo e instituciones rectoras, de los cursos y las necesidades presupuestales de una escuela moderna de enfermería.

El Comité aprecia en todo lo que vale el interés y colaboración del Ministerio y solicita ayuda legal y económica para iniciar una etapa más efectiva para el progreso de la enfermería.

El trabajo de la enfermera forma parte de los programas nacionales de salud.

Las Escuelas de Enfermería han progresado mucho, y han contribuido a la buena preparación básica de las demás escuelas profesionales.

Con el fin de preparar a las enfermeras para asumir cargos de responsabilidad administrativa, se ha organizado un curso, ofrecido por el Instituto Nacional de Enfermería.

Es importante establecer un programa permanente de cursos de posgraduados para toda la República, por la necesidad de contar con profesionales bien adiestrados para el desempeño de sus cargos. Para ello es necesario contar con un amplio presupuesto.

El planeamiento de dichos cursos debe hacerse de acuerdo con las necesidades que vaya advirtiendo el programa nacional de asistencia hospitalaria y de salud pública.

Debe contarse con centros de adiestramiento para realizar las prácticas.

Interesar a las autoridades de las diferentes instituciones, para que brinden cooperación y facilidades al personal de enfermeras y éstas puedan seguir los cursos.

Para mejor orientación de estos cursos, se solicita la ayuda del Departamento de Selección y Adiestramiento de Personal del Ministerio, de las enfermeras consultoras de las diferentes organizaciones internacionales que laboran en el país, y de las que hayan seguido cursos de posgraduados en el extranjero y en el país.

Para mantener un servicio de enfermería eficiente en el medio hospitalario, es necesario contar con un departamento de enfermería bien organizado; un reglamento de trabajo; un manual de procedimientos para la unificación de técnicas y la educación en curso de servicio, tanto para el personal profesional como el auxiliar.

Además, habrá que asignar enfermeras a los servicios y a las zonas geográficas en que más lo necesiten, proporcionándoles buenas condiciones de vida, transportes y facilidades educativas.

Organizaciones. La enfermería en el Perú cuenta con cuatro organizaciones:

Asociación Mixta Peruana de Enfermeras, reconocida oficialmente en marzo de 1944.

Asociación Nacional de Enfermeras (antes Asociación de Enfermeras Católicas), reconocida oficialmente en marzo de 1953.

Liga Nacional de Enfermeras del Perú (antes Consejo Nacional de Enfermeras), reconocida oficialmente en noviembre de 1953.

Sociedad Peruana de Enfermeras Instructoras, fundada en 1955, cuyo reconocimiento está actualmente en trámite.

Cursos y Conferencias. Las diferentes organizaciones de enfermería han ofrecido cursos y conferencias de interés profesional; han brindado su colaboración distinguidos profesionales y las autoridades del Ministerio.

Primer Congreso Nacional de Enfermeras Católicas. Fue organizado por la Asociación Nacional de Enfermeras Católicas y realizado en marzo de 1952.

Seminario de Poliomielitis. En colaboración con el Departamento de Selección y Adiestramiento de Personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Sociedad Peruana de Enfermeras Instructoras, en septiembre de 1952, se organizó un seminario de poliomielitis para enfermeras, con la participación de médicos, enfermeras y asistentes sociales.

URUGUAY

Medicina indígena. Para abordar este estudio, conviene situar geográficamente las distintas razas dentro del territorio uruguayo.

Estas razas estaban divididas en dos grupos distintos:

1) tupí-guaraní (guaraníes, tapes, arachanes), constituida por pueblos sedentarios.

2) El segundo grupo está constituido por distintas tribus de marcada semejanza racial: a) los charrúas; b) chanás, bohanes y guenoas.

Estos pueblos, sin ser completamente nómadas, no estaban fijados a lugar determinado alguno por cosechas o viviendas como ocurría con los tupí-guaraníes.

Para mayor claridad, dividiremos las prácticas indígenas en:

1) Prácticas "quirúrgicas"; 2) de medicina y terapéutica generales; 3) ginecológicas y obstétricas.

1) *Prácticas quirúrgicas:* se sabe que los guaraníes tenían títulos especiales para los cirujanos, que se diferenciaban del médico por su práctica. El instrumento más utilizado era un cuchillo de pedernal, muy agudo, largo y ancho. En caso de heridas, según su tipo, utilizaban distintos tratamientos. Uno de ellos consistía en aplicar una especie de caña hueca a la herida, succionando después por la caña. Este método era empleado también en el caso de heridas por mordeduras de serpiente y ulceraciones.

El hábito de sangrar era común entre las tribus; para ello utilizaban dientes de carpicho u otro animal, lancetas, puntas de pedernal sujetas a un palillo hundido, cristal de roca, sanguijuelas, etc. Sangraban en brazos, piernas, cabeza, eligiendo las venas más profundas al sitio dolorido. Por ejemplo, en caso de cefalea, sangraban entre cejas y encima de la nariz. La sajadura era también muy empleada.

Otro procedimiento empleado era la cauterización que hacían usando raíces calentadas al rojo y se aplicaba al tratamiento de heridas y para fortalecer las encías.

2) *Medicina y terapéutica generales.* El médico indígena tenía triple función: sacerdote, adivino y médico. Su actuación mantenía unidas estas tres funciones; desempeñando el papel de chupador y haciendo tratos con el demonio. La profesión médica era aprendida por muchachos de 10 a 12 años y su enseñanza duraba solamente dos años. Esta preparación era dada por preceptores que imponían a sus discípulos una vida austera en las chozas, en las que se abstenían de todo lo relacionado con la sangre; los actos y pensamientos venéreos estaban prohibidos. No bebían más que agua, no recibían visitas. Los maestros se reunían por la noche para dictar sus cursos en forma de cánticos, enseñando así a cuidar de los enfermos. Terminado el curso, volvían a la vida de la tribu, pero llevaban un instructivo de la profesión adquirida.

El hechicero pretendía sanar las dolencias chupando las partes adoloridas; se acercaba al enfermo, hacía gesto y luego succionaba; más tarde vomitaba alguna espina, hueso o gusano que llevaba debajo de la lengua, y fingía haberlo sacado del enfermo, mostrando con espanto y grandes mímicas "el mal que estaba royendo las entrañas del enfermo".

3) *Prácticas obstétricas y ginecológicas.* Cuando la niña tenía la primera menstruación, se la introducía dentro de una hamaca y se cosía ésta, dejando solo una abertura frente a la boca para poder darle de comer, pero en forma muy restringida.

Provocaban el aborto utilizando hierbas o por medios violentos. Además daban muerte a los hijos deformes y a los gemelos.

Hemos visto en esta breve síntesis que la medicina indígena uruguaya estuvo a la altura de la de otros pueblos del mismo periodo histórico, y observamos que de esas supersticiones y cuidados empíricos derivó, después de siglos de progreso científico, la medicina moderna.

Enfermería en la época colonial. En el Río de la Plata, la medicina en la época colonial siguió siendo primitiva y empírica hasta mediados del siglo XVIII, pero, cuando el comercio empezó a intensificarla, cambió el clima social de la región, apareciendo entonces nuevos procedimientos curativos.

Los primeros jesuitas que llegaron al país no eran médicos de profesión ni entendidos en el difícil arte de curar; pero, en el deseo de aliviar el dolor a los que sufrían, se valieron muchas veces de los conocimientos europeos y, otras, de las prácticas que habían observado en los indígenas. Supieron que se utilizaba gran cantidad de yuyos, cuyas propiedades llegaron a conocer perfectamente. Usaron yerba mate, tabaco, zarzaparrilla, algunos taninos, etc.

Muchos remedios como la ipecacuana, quina, coca, jalapa, bálsamo de Perú y tolú tienen procedencia aborigen americana.

En 1790, hubo la primera epidemia de fiebre amarilla, a la que el Dr. Gorman llamó: "Maligna hepática con disolución y gangrena", "Disenteria". Se sabía que era contagiosa y como medida preventiva se solía quemar todo lo que al enfermo perteneciera; lo que no podía devorar el fuego se quebraba y los fragmentos se enterraban bajo tierra.

Se ahumaba y blanqueaba el aposento y se rociaban los ladrillos con vinagre, al que se atribuía poder desinfectante.

En 1798 introdujo el Dr. Gorman la primera base de la medicina preventiva, que fue la vacuna antivariolosa.

Hospitales de Montevideo. Los establecimientos hospitalarios de Montevideo surgieron, al igual que en Buenos Aires y todas las capitales de América, entre las mismas instituciones religiosas radicadas en el vasto territorio del virreinato, particularmente de los franciscanos y betelemitas, que cultivaban la misma devoción a la fe cristiana y a la medicina.

Los hospitales de esa época fueron de origen conventual, y en ellos residían los médicos más filántropos de este tiempo; los frailes médicos compartían alimentos, albergue y asistencia médica con los enfermos menesterosos de la población. Así fue como en 1743 apareció el primer rudimento de nosocomio, con el nombre de "Hospital de Nuestro Padre San Francisco" dirigido por el padre Fray Bernabé Ramírez.

Había limitado número de camas en una amplia sala del convento de la "Orden Franciscana". Pasaron varias décadas hasta que, de 1775 a 1778 empiezan a aparecer documentos públicos que denotan nuevas iniciativas, de origen individual unas y de origen gubernamental otras, tendientes a crear instituciones de beneficencia capaces de costear un hospital.

En ese momento se concibe la idea de socorrer al desvalido en forma práctica; siendo esto idea de la asociación de diez vecinos respetables, que integran la "Cofradía del Señor San José de la Caridad", bajo la dirección altruista de Don Francisco Antonio Maciel.

Tratábase de una especie de "asistencia pública" a domicilio y de orden privado. Para mejor realización de dicho propósito, se nombraba anualmente cierto número de enfermeros y enfermeras, que prestaban auxilio a los menesterosos, supliendo de tal modo la falta de un hospital municipal y de asistencia pública.

El 23 de noviembre de 1778 se mandó la primera nota al Cabildo para dotar a Montevideo de un hospital apropiado a sus necesidades, pero sin lograr resultado alguno.

Más tarde, Maciel tiene la idea de establecer un asilo de caridad, en 1779, se decidió nombrar anualmente enfermeros y enfermeras en cada barrio de la ciudad, para visitar a los enfermos y socorrerlos. Para este fin, el martes de cada semana, los hermanos salían a pedir limosna de puerta en puerta. Ha-

bía enfermeros y enfermeras mayores, enfermeros de ciudad y enfermeros extranjeros.

En 1787 existían en Montevideo los hospitales de la Marina, Militar y el de los presidiarios. Las condiciones de higiene eran deficientes.

Es muy posible que el descuido en que se tenía a los enfermos influyera mucho en el porcentaje de fallecimientos, haciendo además que los enfermos que iban a los hospitales lo hiciesen por mandato de las autoridades militares y no por su voluntad.

A los enfermeros se les pagaban diez pesos al mes, y a los indios ayudantes se les gratificaba con cualquier cosa.

El 12 de junio del mismo año se abre el primer hospital para ciudadanos, que tiene 12 camas; los enfermos eran trasladados a ellas en los brazos de los hermanos de la cofradía.

Entre las costumbres del hospital son de destacar:

1. Dentro del hospital vivían los hermanos y enfermeros.

2. El enfermero hacía que los sirvientes practicaran el aseo de cama y la limpieza de los pisos de la enfermería, tratando de no incomodar a los enfermos.

Resalta la importancia del aseo, pues de él depende el éxito de las curaciones y el que no se contraigan otras enfermedades. Había además que tener en cuenta la higiene y la ventilación de la habitación en que se encontraba el paciente.

El reglamento del hospital decía que las camas de los enfermos habían de tener la más perfecta igualdad, y los colchones debían estar hechos de un material que pudiera lavarse; debía evitarse todo lo que diese idea de lujo.

Con la apertura del actual Hospital Maciel, se inició el primer hospital ciudadano y la asistencia pública nacional gratuita, que continúa hoy su labor.

Se puede considerar que la enfermería propiamente dicha, hasta 1912, estuvo en manos de órdenes religiosas, cuyos miembros no tenían mayor preparación. En 1912, a iniciativa de dos médicos uruguayos, Carlos Nery y José Scosería, se creó la primera escuela de enfermería en Montevideo.

Esta escuela fue creada siguiendo el modelo de las escuelas de hospital inglesas; vinieron de Inglaterra los planes de estudio y las instructoras.

El requisito de ingreso era apenas escuela primaria. La escuela funcionaba dentro de un hospital. La disciplina era rígida; las horas de práctica eran interminables, y la teoría mínima. Las estudiantes eran remuneradas por el trabajo realizado. Por supuesto, estas condiciones no atrajeron hacia la profesión a mujeres cultas. La escuela fue decayendo.

En 1939, se realizó un esfuerzo por mejorar la situación; se elevaron los requisitos de ingreso, exigiendo enseñanza secundaria; se intentó modificar los programas, aumentando la teoría y disminuyendo las horas de práctica. Pero la escuela no contaba con instructoras preparadas, no había creado dirigentes; por lo tanto, los esfuerzos fueron infructuosos, la escuela siguió decayendo, aunque todavía existe. El principal inconveniente de dicha escuela es que está situada bajo la autoridad del Ministerio de Salud Pública, que es un organismo político.

En 1944, cuando se instaló en Uruguay el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, se encontró que no existía la clase de enfermera que se necesitaba, la enfermera preparada en medicina preventiva.

Al mismo tiempo, nace en la Facultad de Medicina la misma inquietud por preparar enfermeras en forma más adecuada. Por fin, en 1950, estas dos instituciones unen esfuerzos y se crea la Escuela Universitaria de Enfermería que está conectada con la Universidad a través de la Facultad de Medicina.

Como requisitos de ingreso con respecto a la educación, la alumna debe haber cursado seis años de enseñanza primaria y cuatro años de enseñanza secundaria. Edad: entre 18 y 30 años. El curso dura tres años y medio, y se realiza bajo el régimen de internado gratuito, dado que toda la enseñanza, incluyendo la universitaria, es gratuita en Uruguay. No se remunera a las estudiantes. La enfermería sanitaria está integrada en el curso básico, el primer grupo de estudiantes lo formaron 21 alumnas.

VENEZUELA

Epoca precolombina. Desde 1948 ya existían en el país conocimientos de puericultura en la población indígena. Había una especie de maternidad "Cuitas", donde las mujeres embarazadas se sometían al trabajo del parto.

Actualmente, las condiciones sanitarias de la población aborigen han mejorado notablemente, gracias al desarrollo de los programas de Medicina Simplificada, establecidos por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de acuerdo con los adelantos de la medicina integral.

Etapa de 1600 a 1810. En la época de la colonia, damas de la nobleza criolla contribuyeron a organizar los primeros servicios elementales de asistencia pública en Caracas y Maracaibo, utilizando sus conocimientos domésticos.

Se sitúa en esta época la apertura del Hospital de San Pablo a cargo de practicantes de la escuela de medicina y enfermeros empíricos.

Vino a constituir un problema en aquel momento el Mal de Lázaro, por lo que fue fundado, según Real Orden del 21 de marzo de 1752, el Hospital de Lazarinos "Esquina de San Lázaro", inaugurado en 1752 y estaba sostenido por el municipio con el producto de las peleas de gallos y la venta de guarapo.

En 1766, el Hospital de Caracas fue trasladado al pie de la Serranía del Avila, en donde está la barriada de Sarriá, sitio más alejado del centro de la ciudad, por exigencia de los pobladores; pero toda vez que las corrientes de aire que de Petare traían las emanaciones de los lázaros hacia la ciudad, el Rey ordenó que los pacientes fuesen ubicados en su antigua residencia en San Lázaro, de donde pasaron al degredo, que fue más tarde el hospital de Aislamiento, esto es, cuando los leprosos fueron enviados a las colonias de Cabo Blanco, en el Distrito Federal, y Providencia, en el Estado Zulia, donde sigue.

El 22 de diciembre de 1721, la Real Cédula establece la Real y Pontificia Universidad de Caracas, cuya instalación se verificó el 12 de agosto de 1725.

No existiendo en la ciudad de Santiago de León de Caracas hospitales para la clase pudiente, se utilizaban mujeres en la asistencia de enfermos a domicilio; entre ellas figuraron Francisca de Torres, Margarita Díaz, y Antonia de Becerra.

En 1806 se abre la primera oficina de lo que pudiéramos llamar Medicina Preventiva, con la campaña de vacunación Antivariólica de brazo a brazo, practicada por Doña Isabel de Cendala, quien vino acompañada de siete personas que actuaban como practicantes.

En cuanto a la atención obstétrica, figuran como primeras parteras Isabel de Montes y Juana Henríquez.

Epoca moderna. En 1837, el Dr. José María Vargas autoriza al Dr. Santos Gásperi para dictar curso a las mujeres que quisieran dedicarse al ramo o atención del parto y ejercer legalmente la profesión.

En 1878, se crea un asilo de huérfanos en Caracas y luego, en 1883, otros en Maracaibo y Valencia.

En 1889, el Dr. José Manuel de los Ríos, establece su clínica para los niños pobres, y en 1895 se funda en Maracaibo la escuela de San José de Calasanz, la primera casa cuna y jardín de infancia.

En este periodo aparecen los primeros reglamentos relativos a funciones del personal de enfermería en clínicas, hospitales e institutos de asistencia.

El 24 de julio de 1874, en el Convento de las Dominicas de Caracas, se crea la Casa de Beneficencia para los pobres de solemnidad, con un apartamento separado para enfermos mentales, reglamentándose por decreto el 20 de febrero de 1877 la administración y servicio de esta casa.

Con este último decreto se crea en dicho establecimiento una sala de maternidad, en la que se daba: cama, asistencia médica y alimentación durante

el puerperio a 12 mujeres desvalidas y de buenas costumbres, quienes recibían instrucciones del médico para el desempeño de sus funciones como nodrizas.

El 15 de diciembre de 1887 se dictó reglamento de los hospitales del Distrito Federal, en el que se señalaban las atribuciones y deberes de los funcionarios que lo componían:

1 Médico
1 Ecónomo
2 Practicantes
1 Capellán

Además cocineras y sirvientas las que fueran necesarias, no mencionándose a enfermeras.

El 8 de agosto de 188 se dispuso que los hospitales de Distrito Federal, que eran:

a) Civil
b) Militar
c) Lazarino
d) Enajenados

quedaran todos bajo la vigilancia de un mismo funcionario.

Por resolución del 11 de febrero de 1889 se dispuso hacer venir un grupo de hermanas de la congregación de San José de Tarbes y dos capellanes, para atender a los institutos de beneficencia que se establecerían en Caracas, y mientras tanto se hicieron cargo de la Casa Nacional de Beneficencia y del Hospital de Mujeres, y más tarde del hospital Vargas, fundado en 1888 por decreto del Dr. Juan Pablo Rojas Paúl, Presidente de la República, que fue inaugurado en 1891.

El 5 de febrero de 1895 se estableció el primer comité de la Cruz Roja Venezolana, para conmemorar el centenario del nacimiento del Mariscal de Ayacucho.

Este comité estaba integrado por hombres, y su principal función era atender la recolección de fondos que serían empleados en epidemias o catástrofes. Más tarde se crearon los primeros comités regionales.

Etapa 1900 a 1967. Se inició la preparación de personal de enfermería con un curso de auxiliares de dos años en 1907, en Ciudad Bolívar.

La enfermería profesional fue iniciada por el Dr. Francisco Antonio Risquez, el 28 de febrero de 1913. Se exigía, como requisito de instrucción, enseñanza primaria elemental.

El Dr. Francisco Antonio Risquez, elaboró un plan de estudios que comprendía las materias siguientes:

Anatomía y Fisiología
Bacteriología y Parasitología
Farmacología y Terapéutica
Arte de Enfermería
Higiene general y personal
Medicina y Cirugía
Puericultura y Pediatría
Primeros auxilios
Obstetricia y Ginecología

Este curso teoricopráctico, tenía una duración de dos años y utilizaba como texto de estudio y de consulta, un manual elaborado por el propio Dr. Risquez.

Con el propósito de asegurar para la profesión de enfermera un material humano con mejor preparación, el Dr. Risquez propuso al Ministerio de Educación, trasladar la escuela de enfermeras, que había comenzado en una sala del Hospital Vargas, a la Escuela de Artes y Oficios, y luego en la Escuela Normal de Mujeres, donde funcionó hasta 1924.

Terminados los cursos de graduadas, se dictaron cursos de seis meses en los liceos y para damas de la sociedad, dándoles el nombre de samaritanas.

En 1918 a 1920 se creó en Maracaibo la Escuela de Enfermeras y Puericultura bajo la dirección del Dr. Adolfo D'Ampaire; duración del curso: dos años.

En 1919 se creó en Puerto Cabello, una escuela de enfermería y Puericultura, siendo su director el Dr. Plácido Daniel Rodríguez Rivero, con la colaboración del Dr. Eudoro López, profesores ambos *ad honorem;* esta escuela fue de poca duración.

Al principio de esta etapa, se asignaba el cuidado de los enfermos a estudiantes de medicina, a congregaciones religiosas y a pacientes convalecientes, en su mayoría analfabetos, quienes aprendían rudimentos de enfermería en el mismo hospital Vargas (único hospital civil que existía para la época).

Los enfermos de familias acomodadas eran atendidos en su domicilio por el médico (temperatura, inyecciones, vendajes, sangría, ventosas, etc.), y a los familiares se les encomendaban los procedimientos simples, tales como aplicación de calor, frío, enemas, fricciones, cataplasmas, alimentos y cuidados de higiene personal.

Algunos enfermos de clase humilde eran también atendidos en el domicilio por los vecinos y curanderos.

Con la creación de los cursos de enfermería dirigidos por el Dr. Francisco Antonio Risquez, mejora la asistencia técnica de los enfermos, ya que las egresadas de estos cursos comenzaron a prestar sus servicios en las instituciones públicas y privadas, así como también en el domicilio de familias ricas.

En 1921, un edificio especialmente construido se estableció en la esquina de Poleo, con el nombre de Escuela Maternal Modelo (Eminegilda de Gómez), especialmente dedicada a la enseñanza de la puericultura.

En 1929, un terrible terremoto azotó la ciudad de Cumaná; fueron enviados en misión de auxilio, médicos, estudiantes de medicina y enfermeras, por la Dirección general de Sanidad, bajo la dirección del Dr. Enrique Toledo Trujillo y un grupo de samaritanas de la Cruz Roja Venezolana, para atender a los heridos y vacunar contra la viruela.

En cuanto a enfermería sanitaria se crearon servicios de puericultura con: 1 Médico Jefe, 2 Médicos Adjuntos y 4 Enfermeras auxiliares.

Existía la hospitalización durante las horas del día para niños débiles y desnutridos. Las enfermeras auxiliares visitaban especialmente a las madres y niños inscritos, con el fin de comprobar que las prescripciones facultativas se cumplieran. También existían consultas en los dispensarios de tuberculosis, venereología y lepra, con médicos especializados y auxiliares.

En 1931, por iniciativa de la Sra. Paula Santiago de Sanoja, se creó una escuela de enfermeras anexa a la Universidad de Mérida, de la que ella fue la primera directora. Esta escuela fue trasladada al Hospital Vargas, donde finalizó su primera promoción en 1934.

En 1936 se creó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, separado del de Agricultura y Cría, y destinado a la preparación de personal auxiliar de enfermería.

En 1936 fue fundada, por iniciativa del Dr. Antonio José Castillo, la Escuela de la Cruz Roja Venezolana, que graduó su primera promoción en 1938.

En 1936 fueron creadas la escuela adjunta al Hospital Caribean y las escuelas del Hospital Vargas, del Hospital de Niños y la Profesional de Enfermeras, dependiente del Ministerio de Educación.

En 1944 la Escuela del Hospital de Niños, fue transformada en Escuela Municipal, y en 1950, por decreto presidencial, fue transformada en Escuela Profesional de Enfermeras en Escuela Nacional de Enfermeras, adscrita al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con personalidad jurídica, autónoma y con patrimonio propio. En 1954 fue fusionada con la Escuela Municipal de enfermeras.

En 1940 fue creada una escuela en San Cristóbal, cuyo director fue el Dr. Luis Eduardo Montilla y funcionó hasta 1943, y en 1942 fue creada una escuela de la Cruz Roja Venezolana, seccional Zulia, que funcionó hasta 1954 en que pasó al Ministerio de Sanidad, con el nombre de Escuela de Enfermeras, "Dr. Francisco Suárez".

Actualmente existen en Venezuela nueve escuelas de enfermería adscritas al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, distribuidas así:

Escuela Nacional de Enfermería. Ciudad Universitaria. Caracas.
Escuela Nacional de Enfermería. "María de Almenar". Caracas.
Escuela Nacional de Enfermería. "Dr. Francisco Antonio Risquez". Valencia.
Escuela Nacional de Enfermería "Dr. Juan Alberto Olivares". Barquisimeto.
Escuela Nacional de Enfermería "Dr. Francisco Suárez". Maracaibo.
Escuela Nacional de Enfermería "Nerza González". San Cristóbal.

Escuela Nacional de Enfermería de Mérida.
Escuela Nacional de Enfermería "Dr. Domingo Badaraco Bermúdez". Cumaná.
Escuela Nacional de Enfermería de Barcelona.
Escuela Municipal de la Junta de Beneficencia.
Escuela "Dr. Francisco Antonio Risquez" en la Cruz Roja Venezolana de Caracas.
Escuela "Florence Nightingale", particular.
Escuela Universitaria de la Universidad del Zulia.
Escuela "Estudio y Trabajo", particular.

A principios de siglo, la preparación de las primeras profesionales de enfermería corrió a cargo de médicos, hasta 1931 en que el gobierno contrató enfermeras portorriqueñas, no solamente para la labor docente sino también para cargos administrativos en hospitales, escuelas de enfermería, unidades sanitarias y clínicas particulares.

La enfermería ha tenido un desarrollo progresivo y ha logrado superar inconvenientes sociales, que desconocían su importancia y su labor. En cuanto a grado de instrucción, las escuelas de enfermería se iniciaron con la primaria elemental; luego se agregó la primaria superior, de la que se pasó al primer ciclo de educación secundaria en el año 1959 y actualmente se pide en la Escuela de Zulia, la secundaria completa.

El criterio actual de las escuelas de enfermería consiste en preparar jóvenes que, además de poseer la vocación, tengan aptitudes y cultura general suficientes para el estudio de enfermería.

Para lograr este objetivo el plan de estudios incluye los elementos indispensables para la educación profesional, de acuerdo a las necesidades médico-asistenciales del país.

Desde 1940 hasta aproximadamente 1954, la Escuela Nacional de Enfermeras tuvo el asesoramiento técnico y la ayuda económica, en cuanto a preparación de enfermeras especializadas en distintas ramas de la enfermería, de la Fundación Rockefeller.

También se ha contado en este aspecto con el asesoramiento y ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana, ya que pagó durante 8 años el sueldo de la enfermera norteamericana, Srita. Evelyn Sturmer, como instructora en Arte de la Enfermería.

Actualmente cuenta el país con 51 unidades sanitarias, donde se desarrollan programas de medicina integral, bajo la dirección y supervisión de enfermeras graduadas y dispone además de cursos de Auxiliares de Enfermería con duración de un año, inscrito en el Ministerio de Educación.

En 50 años de labor docente, se han graduado, de 20 escuelas de enfermería de las cuales hay vigentes 14, 4 289 enfermeras.

A partir de 1938 se iniciaron los estudios de posgraduadas en el exterior y en el país, en las diferentes ramas de enfermería: Salud Pública, arte de la enfermería, anestesia, pediatría, puericultura, obstetricia, nutrición, dietética, tuberculosis, psiquiatría, quirófano, cuidado de los niños prematuros, administración de hospitales, psicología infantil, hemoterapia, administración y supervisión, planificación, desarrollo de la comunidad; cursos docentes: para directoras, coordinadoras e instructoras de escuelas de enfermería y campos clínicos.

Muchas de las enfermeras han realizado estudios en ciencias afines al nivel universitario: medicina, educación, psicología, y licenciatura en enfermería, realizados en la Universidad del Valle, Cali y en la ciudad de Bogotá en Colombia, con un total de ocho profesionales.

Las escuelas de enfermería cuentan con todos los recursos para el desarrollo de sus programas en cuanto a campos clínicos en hospitales docentes, generales y especializados, equipos de laboratorio, material de enseñanza, bibliotecas, etc.

En cuanto a salud pública, a partir de 1940 se han incorporado nuevos servicios: servicios de enfermería en medicina integral, en los centros de salud, servicios de medicina simplificada en las medicaturas rurales.

El organismo encargado de supervisar y asesorar todas las actividades de enfermería en el país es la División de Enfermería, creada en 1959 e integrada por tres secciones: sección preventiva, curativa y educativa, que planifican sus funciones normativas en equipo y son responsables de la calidad en la preparación del personal de enfermería a nivel nacional, así como también de la orientación, organización y supervisión de todos los servicios de enfermería existentes en el territorio nacional.

La máxima representación de las enfermeras, es la Asociación Venezolana de Enfermeras Graduadas, que ha contribuido grandemente a la evolución de la enfermería en Venezuela. Fue organizada en 1941 como sociedad civil, apolítica, de carácter profesional, y está inscrita como miembro activo en el Consejo Internacional de Enfermería.

Ha celebrado cinco convenciones nacionales en Venezuela, y ha asistido en representación de las profesionales a los congresos internacionales de enfermería celebrados en Suecia, Italia, Brasil, Nueva Zelandia y Alemania, así como también a seminarios en las repúblicas de México, Perú, Colombia y Jamaica.

Celebra todos los años la "Semana de la Enfermera", en la que se dictan conferencias relacionadas con los progresos logrados en las ciencias médicas de enfermería, y el día 12 de mayo se celebra oficialmente el "Día de la Enfermera", con actividades sociales, y se otorgan estímulos a las enfermeras, por calidad de servicio o por otras razones.

La Asociación está representada en todo el país por secciones.

Sugestiones para estudio

1. ¿Cuáles son los primeros datos sobre la enfermería en su país.
2. ¿Cuál fue la atención de enfermería en su país durante la colonia?
3. Escriba los movimientos sociales que influyeron en el desarrollo de enfermería en su país.
4. ¿Cuáles fueron las órdenes religiosas que se destacaron en la atención de los enfermos en su país?
5. ¿Cuál fue el primer hospital y quién estuvo al frente de él?
6. ¿Cuándo, dónde y por quién fue establecida la primera escuela de enfermería en su país?
7. ¿Desde cuando su país es miembro del Tratado de Ginebra?
8. ¿Cuáles escuelas de enfermería existen en su país y cuál es la distribución de las mismas?
9. ¿Cuáles son los requisitos educacionales que se exigen para ingresar a enfermería en los países de la América Latina?
10. ¿Cuántos países de la América Latina pertenecen al Consejo Internacional de Enfermeras?
11. ¿Desde cuándo existe una agrupación de enfermería a nivel nacional en su país?
12. ¿Qué características tiene esta agrupación nacional?
13. ¿Qué participación hay de las enfermeras para elevar la agrupación nacional?
14. ¿Cuál ha sido la participación de la Oficina Sanitaria Panamericana en el desarrollo de la enfermería en su país?
15. ¿Cuántos Congresos Nacionales de Enfermería han sido organizados?
16. ¿Cuáles han sido los temas de estos Congresos Nacionales?
17. ¿Quién es actualmente la presidente de la agrupación nacional de enfermería en su país?
18. ¿En qué forma están trabajando las sociedades de alumnas de las escuelas de enfermería?
19. ¿Existe una agrupación nacional de estudiantes de enfermería?
20. Si existe, ¿cuáles son sus objetivos y en qué forma trabaja?
21. Si no existe, ¿cuáles han sido las causas que han impedido la creación de este organismo?
22. ¿Qué relaciones mantiene su organización nacional con el Consejo Internacional de Enfermeras?
23. ¿En qué forma se está utilizando el programa de intercambio entre la agrupación nacional y el Consejo Internacional de Enfermeras?

24. ¿Existe una Agrupación de Enfermeras Católicas en su país?
25. Si existe, ¿desde cuándo funciona y qué relaciones tiene con el C. I. C. I. A. M. S.?
26. Si no existe, discuta Ud. los motivos por los cuales las enfermeras de su país no han considerado importante crear este organismo.

Bibliografía

Adán Campos, Antonio: Filosofía de la Medicina. Estudios de Lógica Médica. *Tesis recepcional. Escuela Nacional de Medicina.* México, 1960.

Alcántara Herrera, José: Biografía de Sor Micaela Ayanz. *Rev. Med. Méx.* 537: Supl., 1947.

Idem: Breve Ensayo de Cronología Médica Mexicana. *Rev. Med. Méx.*, 561-566, 1948.

Idem: Nuevos Datos de Cronología Médica Mexicana. *Rev. Med. Méx.*, 579-580, 1949.

Idem: Biografía del Dr. Fernando López. *Rev. Med. Méx.*, 578, 1949.

Idem: Compendio de Cronología Quirúrgica Mexicana. México, 1951.

Memoria de la VII Convención Nacional de Enfermeras, México, 1950, págs. 22 y 27.

Alcántara Herrera, José: Notas Históricas acerca de la Enfermería en México. *Rev. Med. Méx.* Tomo XL, año XLI, núm. 857.

Chávez, Ignacio: México en la Cultura Médica. *Edición del Colegio Nacional de Medicina.* México, 1947.

Bravo Peña, Federico: Nociones de Historia de Enfermería. México, 1967.

Ocaranza, Fernando: Historia de la Medicina en México. México, 1934.

Fernández del Castillo, Francisco: El Hospital General de México. *Instituto para la Organización de Congresos Médicos.* México, 1946.

Sahagún, Fray Bernardino de: Historia General de las Cosas de la Nueva España. *Editorial Pedro Robredo.* México, 1938.

Aguilar, Gilberto F.: Hospitales de Antaño. México, 1944.

Velasco Ceballos, Rómulo: El Hospital Juárez. México, 1947.

Montoya, Margarita: Superintendente de la Escuela Nacional de Enfermeras de El Salvador. El Salvador, San Salvador.

Miranda, Zoila Gloria: Inspectora Primera de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

Alumnas del V Curso de Educación en Enfermería para Enfermeras Instructoras. Supervisoras del Hospital General de Managua. México, 1959.

Illueca, Luzmila A.: Enfermera Jefe del Hospital de Santo Tomás. Panamá, Panamá.

Dock, Lavina L.: Historia de la profesión de enfermeras en la República de Cuba, Cuba.

Nelly V. Beeby: The American Journal of Nursing. Haití, oct., 1949.

Waleska Pyxao: Directora de la Escuela de Enfermería Ana Neri de la Univ. de Brasil. Ofna. Sanitaria Panamericana, marzo 1952.

Ibarburu, Dora: Dir. de la Escuela Universitaria de Enfermería. Bogotá, Colombia.

Hernández Trueva, Guillermina: Enfermera mexicana becada por la OMS, en la Universidad de Santiago de Chile. Chile.

Alvarado, Delia: Jefe de la Sección de Enfermería y Obstetricia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lima, Perú.

Alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería. Montevideo, Uruguay.

Schiaffas, Rafael: Historia de la Medicina en Uruguay. Uruguay, 1927.

Revistas de la Asociación Mexicana de Enfermeras

"La fundadora de la enfermería militar en México". 1953, junio, pág. 35.

"Cursos posbásicos de enfermería en México". 1954, marzo-abril, pág. 8.

"La enfermería a través de los siglos (1620-1954)". 1954, marzo-abril, pág. 22.

"Homenaje a las enfermeras desaparecidas y distinguidas del Hospital General". 1955, marzo-abril, pág. 9.

"Mis recuerdos de los primeros días al ingresar en el Hospital General". 1955, diciembre, pág. 5.

"La enfermería a través del tiempo". 1956, febrero, pág. 3.

"Sor Micaela Ayanz". 1956, abril-mayo, pág. 5.

"Breve resumen de la historia de la enfermería en México". 1956, junio-agosto, pág. 5.

"Historia de la enfermería en Colombia". 1956, septiembre-diciembre, pág. 10.

"Algunos aspectos de la evolución de la enfermería en Brasil". 1957, ene.-feb., pág. 4.

"30 años de enfermería en Haití". 1957, marzo-abril, pág. 22.

"Santa Isabel de Hungría". 1957, julio-octubre, pág. 4.

"El beguinaje de brujas". 1958, noviembre-febrero, pág. 5.

"La enfermería en El Salvador". 1950, mayo-agosto, pág. 4.

"La enfermería en Panamá". 1959, septiembre-diciembre, pág. 32.

"Funciones de la Asociación y del Colegio de Enfermeras en México". 1960, enero-marzo, pág. 17.

"Escuela Nacional de Enfermería de Nicaragua". 1960, enero-marzo, pág. 21.

"La enfermería en Chile". 1960, junio, pág. 58.

"La enfermería en Uruguay". 1960, julio-septiembre, pág. 76.

"La enfermería en Perú". 1960, octubre-diciembre, pág. 108.

"La enfermería en México; reseña histórica". 1961, enero-marzo, pág. 2.

"La enfermería en Salud Pública, en México". 1961, abril-junio, pág. 28.

"Historia de la enfermería en México". 1962, julio-diciembre, pág. 54.

"La Asociación Mexicana de Enfermeras y su tronsformación en el Colegio Nacional de Enfermeras". 1967, junio, pág. 3.

Capítulo 17

LA ENFERMERIA EN DIVERSOS PAISES

Las enfermeras que adquieran conocimientos personales de la historia y la geografía de los países de las personas con las que establecen contacto estarán en condiciones de efectuar una contribución substancial al mejoramiento de las relaciones humanas. En la ejecución diaria de sus tareas, ya sea en su país o en el extranjero, todas las enfermeras están en condiciones de ejercer una influencia enorme en cuanto a derribar barreras de suspicacia y mala voluntad, barreras que por mucho tiempo han obstaculizado el progreso humano y la paz del mundo. Se sitúan a la vanguardia de aquellas fuerzas sociales que luchan por una comprensión y una conciencia internacionales. Y no es en modo alguno el azar el que ha puesto tanto a la medicina como a la enfermería en esta posición, sino que es, antes bien, su filosofía, que tiene sus raíces profundas en los principios de amor fraternal, de servicio y de cumplimiento de la Regla de Oro.

FRANCIA

Durante toda la historia primitiva de Francia, las órdenes religiosas de la Iglesia católica llevaron la carga principal de la enfermería, pero, con el tiempo, se construyeron hospitales urbanos, en donde gente sin preparación alguna cuidaba de los pacientes. Un acontecimiento de gran importancia en la reforma de la enfermería francesa fue la organización de las Hermanas de la Caridad, por *San Vicente de Paul* y *Santa Luisa de Marillac,* en 1633, que resultó ser el inicio de un movimiento de reforma que había de adquirir proporciones internacionales. Otros cambios importantes en los métodos de enfermería se produjeron en el siglo XIX como resultado de descubrimientos por el francés Louis Pasteur, quien empezó en 1865 una serie de experimentos que iban a revolucionar la práctica de la medicina y la cirugía. Sin embargo, las adaptaciones correspondientes en materia de enfermería no se produjeron con la rapidez que habría cabido esperar.

Cierta mejora en la práctica de la enfermería se produjo en Francia y en otros países europeos con la fundación de hospitales de la Cruz Roja, en donde se preparaba a enfermeras para el servicio en la casa y durante la guerra. Al principio sólo se consiguió poco, porque los cursos comprendían un periodo de no más de seis meses y ofrecían poco en materia de instrucción.

Una joven mujer médico introdujo en Francia reformas basadas en los principios de Nightingale. Imbuida de elevados principios éticos, la *Dra. Anna Hamilton* había observado, de estudiante, una rudeza y una falta de eficacia en la atención de los pacientes hospitalizados que le chocaba. Al graduarse, su tesis, *Considérations sur des Infirmières Hôpitaux,* expuso no sólo los métodos deficientes de enfermería, sino que sugirió además reformas similares a las que habían sido introducidas en la Escuela Nightingale, de Londres. Entre sus diversas sugestiones, se insistía principalmente en la necesidad de disponer de una enfermera preparada,

FIG. 115. Mademoiselle Chaptal. (De *"Mademoiselle Chaptal"*, de Marguerite Peltier, Editions Spes, París, Francia.)

más bien que de un médico o un lego, al frente de cada escuela de enfermería. Al año siguiente, cuando la Dra. Hamilton se hizo jefe del Hospital Protestante de Burdeos, tuvo ocasión de poner sus ideas en práctica. Fue aquí donde fundó la *Ecole Florence Nightingale,* confiando su dirección a una joven graduada del Hospital de Londres.

El progreso siguió siendo lento, en Francia, hasta que de repente las cosas se precipitaron a consecuencia de la primera guerra mundial. Trabajando conjuntamente en una causa común, las enfermeras de Gran Bretaña, América y Francia intercambiaron ideas y estimularon el interés en mejoras. Mlle. Chaptal, graduada de la escuela de enfermería del Hospital *La Pitié,* de París, e interesada especialmente en la labor social, fue la jefe del movimiento reanimado para elevar el nivel de la práctica de la enfermería, y fue gracias a su influencia que el registro estatal de las enfermeras se convirtió en realidad, en 1922. En 1923, la Asociación Nacional de Enfermeras Graduadas de Francia fue organizada, siendo Mlle. Chaptal su primera presidente. Hasta su muerte, en 1937, Mlle. Chaptal siguió siendo una figura prominente en la historia de la enfermería francesa, y aun de la internacional, porque fue elegida Presidente, en efecto, del Consejo Internacional de Enfermeras celebrado en 1929 en Montreal.

Monumento de las Enfermeras Americanas. La *Ecole Florence Nightingale* de Burdeos ha conseguido un interés particular para las enfermeras americanas, porque fue aquí en donde se utilizaron sus contribuciones individuales para levantar la soberbia estructura que proporciona aulas y residencia a las estudiantes de enfermeras. Como tributo a las doscientas noventa enfermeras americanas que murieron durante la primera guerra mundial, cerca de un centenar de las cuales están enterradas en Francia, la construcción en cuestión lleva, grabada en piedra sobre la entrada principal, la inscripción: "Monumento de las Enfermeras Americanas". Dentro, en francés, a un lado de la chimenea y en inglés en el otro, se lee la siguiente dedicatoria:

"A la Escuela Florence Nightingale, en memoria de nuestras compañeras que murieron en servicio en la Gran Guerra, nosotras, enfermeras de América, dedicamos este monumento a la educación superior de las enfermeras".

Actualmente Francia en un Estado altamente socializado, con un complicado programa de servicio de salubridad y social, bajo el control por completo del gobierno. Las tareas de la enfermera de salubridad pública y de auxiliar social se combinan a menudo en lo que se conoce allí como la *assistante sociale,* que ha completado dos años de estudio en una escuela de enfermería y otro año y medio en una escuela para auxiliares sociales, y posee diplomas tanto de enfermería como de labor social. Hay otras que han efectuado un curso de dos años y medio en labor social, combinado el primero de ellos con el de estudiantes de enfermería, pero que no tienen diploma de esta última.

Las *assistantes sociales* están capacitadas para atender las necesidades tanto de salud como sociales de familias enteras. Instruyen a los pacientes y siguen sus progresos, ya sea andando, o montadas en bicicleta, de una casa a otra, pero no prestan el servicio de enfermería domiciliaria. En cuanto asistentes sociales, están capacitadas para admitir solicitudes por enfermedad y de seguro de desempleo y para indagar acerca de la ausencia de los niños de la escuela, la asistencia a la cual es obligatoria. Cuidan también de que se proceda a las inmunizaciones necesarias, y combinan planes para que los niños puedan asistir a campamentos de vacaciones.

En los centros del servicio de salubridad y social combinado, las asistentes sociales pesan los bebés y llevan fichas de sus dietas y de cualesquiera tratamientos necesarios. Asesoran a las madres en la preparación para el parto, muchos de los cuales tienen lugar en la casa, con la asistencia de una comadrona o un médico. Un interés auténtico por el bienestar de familias enteras y discreción en cuanto a limitar la labor de consejo a la que se considera como aceptable constituyen elementos esenciales de éxito.

En años recientes, se han establecido escuelas de enfermería en diversos lugares de Francia, muchos de los cuales han sido creados y son sostenidos por la Cruz Roja francesa. Algunas de ellas son independientes de hospitales, pero proporcionan experiencia clínica en algunos de ellos, así como también en clínicas para pacientes ambulantes. Las estudiantes viven con frecuencia fuera del hospital o de la escuela, pero acuden todos los días para las clases y la práctica de sala. Médicos proporcionan la mayor parte de la instrucción y dirigen los exámenes estatales.

ALEMANIA

Un fundamento para la enfermería fue puesto en la Alemania protestante, durante el primer periodo del Cristianismo, por la antigua Orden de las Diaconisas. Durante las dificultades y los peligros de la Edad Media, sin embargo, estas amables dispensadoras del servicio cristiano desaparecieron casi por completo, y no fue hasta en 1836 que los esfuerzos por revivir la Orden se vieron coronados por el éxito. En dicho año, en efecto, Theodor Fliedner, pastor protestante de la iglesia de Kaiserswerth sobre el Rhin, introdujo en Alemania una escuela modelo para preparar a diaconisas para la labor de enseñar o de practicar la enfermería. A continuación, las diaconisas protestantes llevaron la carga principal de la enfermería en Alemania y fueron trasplantadas muy lejos, inclusive a América, más allá del Océano. Al propio tiempo actuaban también órdenes católicas de enfermería en algunas partes de Alemania.

Después de 1863, mientras se estaban formando las sociedades nacionales de la Cruz Roja, unos cuarenta hospitales de ésta se abrieron en Alemania y no tardaron en graduar a más de tres mil con sus breves cursos de enfermería. Finalmente, el sistema Nightingale hizo su aparición, pero no antes de que la revuelta y la jefatura hubieran señalado el camino.

El sistema de la casa matriz, modelado según la costumbre de los monasterios, había sido extendido por toda Alemania, tanto por las diaconisas como por los hospitales de la Cruz Roja. Conforme a este arreglo, una vez terminada la graduación en las escuelas, las enfermeras permanecían asociadas a la casa matriz y quedaban sujetas a ésta por el resto de sus vidas. En tanto que no tenían ni voz ni voto en las cuestiones relativas a sus condiciones de vida y de trabajo, se les fue pidiendo cada vez más y dándoles en cambio, cada vez menos en paga de ello. Una labor diaria que iba de catorce a diecisiete horas de trabajo, debiendo atender en ocasiones hasta veinte pacientes, con una remuneración escasa, condujo inevitablemente a la depresión mental, la invalidez y a la pobreza.

Las primeras que mostraron abiertamente su descontento y se atrevieron a romper con los moldes tradicionales fue

un grupo de enfermeras que se conocieron en Alemania como las "Hermanas Libres" o las "Hermanas Rebeldes". En su intento de ganarse la vida, estas enfermeras independientes sufrieron muchas penalidades. Su única esperanza de éxito estaba en juntarse, y en la *Hermana Agnes Karll* encontraron a una jefe capaz. Gracias al esfuerzo cooperativo de este grupo, se organizó la Asociación de Enfermeras Alemanas, en 1903, siendo la Hermana Agnes Karll su primera presidente.

En 1904, el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras se celebró en Berlín, en donde una gentil bienvenida por parte de la Hermana Agnes Karll marcó el inicio, entre las enfermeras del mundo, de una amistad capaz de resistir a la tensión y las penalidades de la guerra por venir. En 1909, en el Congreso del CIE celebrado en Londres, Inglaterra, la Hermana Agnes Karll fue elegida presidente.

Después de terminada la segunda guerra mundial, se han abierto en Alemania muchas escuelas de enfermería para funcionar, de acuerdo con los principios vigentes, en las zonas de ocupación inglesa, americana y rusa. En las dos zonas, la oriental y la occidental, organizaciones de diaconisas y católicas mantienen sus propias escuelas y emplean a sus propias graduadas. En la zona oriental, se establecieron cursos de enfermería avanzada, que hacían mucha falta, en el Instituto Johannes, escuela de labor social para mujeres. En tanto que en la zona occidental la Escuela Werner de la Cruz Roja para posgraduadas funciona en asociación con una universidad.

El primer curso básico de enfermería en el seno de una universidad se abrió en 1953, en la Universidad de Heidelberg, con un amplio plan de estudios que comprendía la participación en la vida cultural de la universidad. La primera directora de la escuela fue *Olga von Lersner,* anteriormente matrona de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja de la misma ciudad. Preparándose para esta labor, la Srita. von Lersner pasó nueve meses en la Universidad de Toronto, participando en la administración y la inspección clínica. Visitó asimismo la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, la Escuela de Enfermería de Skidmore, así como escuelas en Suecia y Suiza. La Asociación de Enfermeras Suecas prestó estímulo otorgando una beca de dos años y medio a una de sus instructoras.

BELGICA

Enclavada entre Francia y Alemania y sensible a los acontecimientos en ambos países, se encuentra la pequeña Bélgica, el país de población más densa de Europa. Sus habitantes profesan la religión católica y tienen como idiomas el francés y el flamenco, ambos oficiales. Lo mismo que en Francia, la enfermería se ha levado allí a cabo principalmente por monjas, asistidas por ayudantes sin preparación.

Una práctica médica interesante se inició en Gheel, cerca de Amberes, aproximadamente en el siglo XIV, cuando pacientes de enfermedades mentales se reunieron alrededor de la iglesia y fueron acogidos en los hogares de la gente del lugar, para vivir y trabajar con sus familias. Su mejoría fue tan rápida, que la práctica se ha ampliado a la atención de unos 250 pacientes y corre actualmente a cargo del Estado.

Fue construido y equipado un hospital por las monjas, hospital al cual va todo recién llegado para el diagnóstico y su asignación a un hogar cuidadosamente seleccionado. El municipio está dividido en distritos, en cada uno de los cuales se emplea a enfermeros que no llevan uniforme alguno y mantienen relaciones amables con todos los pacientes. Se asignan tareas al mayor número de pacientes posible, por las que se les paga una pequeña cantidad por la familia y el Estado, y a las familias las paga también el Estado por el albergue y la pensión. La empresa se considera como muy eficaz, con pocos episodios perturbadores, y se observa una rápida mejoría en los pacientes, que llevan una vida casi normal.

La primera escuela para enfermeras laicas que se creó en Bélgica siguiendo las tendencias modernas fue abierta en 1907, en la ciudad de Bruselas, por

Edith Cavell, enfermera inglesa, mártir de la primera guerra mundial. Conocida como la "Escuela de la *Rue de la Culture*", su desarrollo fue promovido por la Srita. Cavell, en calidad de matrona, y por el *Dr. Antoine DePage* y su esposa, *Marie DePage,* sus fundadores. El progreso fue continuo, y las enfermeras de la escuela no tardaron en estar preparadas para prestar servicios expertos a soldados de los ejércitos belga, francés y alemán durante la primera guerra mundial.

Después que se hubieron librado en suelo belga diversas batallas en las que Alemania fue victoriosa, centenares de soldados aliados quedaron separados de sus regimientos. Con objeto de evitar la captura y una muerte posible, estos infelices se vieron obligados a esconderse en los bosques y las aldeas vecinas. Y con el propósito declarado de ayudarles a escapar hacia Holanda, que era neutral, se formó una organización secreta de una extensión considerable, a la que Edith Cavell y Marie DePage prestaron su concurso. Se obtuvieron formularios impresos y sellos alemanes y se imitaron pasaportes. Se procuraron guías personales y Philippe Baucq, abogado y padre belga, figuró entre estos valerosos individuos.

Andando el tiempo, uno después de otro, los del grupo fueron cayendo bajo la sospecha de la policía secreta alemana, hasta que 35 de ellos, incluidos Edith Cavel y Philippe Baucq, fueron detenidos y encerrados en la cárcel de St. Gilles. En el juicio que siguió, dos meses después, todos fueron hallados culpables de asistencia al enemigo, ayudando a escapar a más de doscientos hombres hábiles. La sentencia de muerte, "*Todesstrafe*", para cinco de los encarcelados resonó lúgubre por los corredores de la prisión.

Por una razón que nunca se ha comprendido claramente, Ediht Cavell y Philippe Baucq fueron seleccionados para su ejecución inmediata. Al amanecer del día 12 de octubre de 1915, murieron frente al pelotón de ejecución. Las siguientes palabras de Mi s Cavell, dichas a un cura al abandonar la celda de la cárcel, son dignas de recordarse:

> "Nada tengo de qué arrepentirme. Si tuviera la posibilidad de hacerlo de nuevo, lo volvería a hacer exactamente del mismo modo. Aquí en la cárcel todo el mundo ha sido muy amable conmigo, y estoy muy agradecida por estas ocho semanas de reposo. Estaba muy cansada y tan apremiada por la multitud de pequeñas cosas que la vida lleva consigo, que durante muchos años no había tenido tiempo para descansar y meditar tranquilamente. Ha sido para mí un descanso bienvenido — antes del fin. Sé ahora que el patriotismo no basta; no debo tener odio ni resentimiento contra nadie".[1]

En esta forma, la consternación y el horror afectaron no sólo a todas las enfermeras de la Escuela de la Calle de la Cultura, sino a todas las enfermeras y todas las personas de un mundo enloquecido.

Pese a la pérdida de su matrona, la Escuela de la Rue de la Culture siguió construyendo sobre los fundamentos que aquella había puesto. Sin embargo, el Dr. DePage sufrió otra gran pérdida. En efecto, a su regreso de un viaje a los Estados Unidos, adonde había ido para conseguir fondos para la prosecusión de la labor muy ampliada de la Cruz Roja belga, la Sra. DePage fue una de las víctimas del infortunado vapor "Lusitania".

A título de homenaje a las dos mujeres que habían encontrado una muerte prematura en sus esfuerzos por aliviar los sufrimientos humanos, la *Escuela de Enfermería Edith Cavell y Marie DePage* abrió sus puertas en 1935, como continuación de la Escuela de la Rue de la Culture, en asociación con la Universidad de Bruselas. La escuela fue liberalmente dotada, tanto por la familia del fallecido Dr. Antoine DePage, como por la Fundación Rockefeller, y recibe asistencia financiera adicional de la ciudad de Bruselas y del gobierno belga.

Para hacer frente a la necesidad de dirección por administradoras, instructoras y enfermeras de salubridad pública calificadas, la Universidad de Bélgica instituyó en 1948 un programa de dos años académicos para enfermeras graduadas. Y esta escuela ha tenido tan-

[1] Judson, Helen: *Edith Cavell,* 1941, p. 281. Con autorización de The Macmillan Company, Nueva York, editores.

to éxito y su prestigio es tal, que a través de sus graduadas su influencia ha penetrado en los países vecinos de Suiza, Italia, Grecia, Yugoslavia, Líbano e Irán.

En 1954, a una de las enfermeras del Cuerpo Médico del Ejército Belga le fue conferido el honor insigne de ser uno de los contados miembros de un ejército extranjero que jamás hayan recibido la Medalla de la Estrella de Bronce, condecoración del Ejército de los EE. UU. En efecto, la *Capitana Marthe Debackere* fue citada por su devoción a pacientes gravemente enfermos en una sala neuroquirúrgica del Hospital Militar de Tokio, en Japón, en donde estaba de servicio en calidad de enfermera de las Naciones Unidas. Las relaciones correctas y eficaces que mantuvo entre los pacientes y los representantes del hospital y del gobierno durante la Acción Policiaca Coreana de las Naciones Unidas (1950-1953) proporcionó la prueba de que la gente de todas las naciones puede trabajar junta inclusive en tiempos de fuertes tensiones emocionales.

EL NORTE DE EUROPA

La historia del desarrollo de la enfermería en los países protestantes del Norte de Europa es parecida a la de la Alemania protestante. En una región de hielo y nieve prolongados, de clima tonificante y población activa, en donde las horas de luz se alargan en verano hasta casi excluir a la obscuridad, se encuentra una de las civilizaciones más avanzadas de Europa. Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca e Islandia cuentan con escuelas modernas de enfermería, leyes que reglamentan la práctica de la enfermería y asociaciones de enfermería nacionales. Cada una de ellas tiene una forma socializada de gobierno que establece normas uniformes para las escuelas de enfermería y emplea a la mayor parte de sus graduadas. Si bien algunos médicos se dedican a la práctica privada, la medicina estatal está muy avanzada, y los médicos están al servicio del Estado en grandes números.

Los cursos para comadrona están bien desarrollados, especialmente en Suecia, y se ofrecen a mujeres jóvenes sin preparación previa alguna en materia de enfermería. Una vez terminado un curso de dos años, las comadronas graduadas visitan las casas de las pacientes para prestar servicios especializados, para los que las enfermeras de salubridad pública no están preparadas. En los hospitales, la demanda es de comadronas enfermeras, y para este servicio el tiempo de preparación requerido es de cuatro años y medio.

La Asociación de Enfermeras Suecas, además de trabajar en vista del desarrollo de la enfermería para atender de la mejor manera posible las necesidades de todo el mundo, toma una participación activa en la legislación relativa a la construcción de hospitales y en la orientación vocacional, para interesar a gente joven en clases de trabajo que requieren largos periodos de preparación. La asociación posee influencia asimismo en cuestiones de enseñanza general, en movimientos para combatir el alcoholismo, así como en otros problemas de carácter social, que han sido abordados desde hace tiempo por *Gerda Hojer,* enfermera sueca de fama internacional. Miss Hojer fue secretaria ejecutiva y presidente a la Asociación de Enfermeras Suecas, siendo elegida en 1947 presidente del Consejo Internacional de Enfermeras. El año siguiente obtuvo otra distinción al ser elegida como miembro del Parlamento sueco.

En el verano de 1948, las estudiantes inscritas en una escuela de posgraduados patrocinada por la Asociación de Enfermeras Noruegas gozaron de una clase de instrucción poco usual. En efecto, en cooperación con las asociaciones nacionales de Suecia y Dinamarca, se fletó un barco con el propósito de visitar los hospitales, escuelas de enfermería, centros de salud y servicios de salubridad pública de sus ciudades principales. Durante once días tuvo lugar un programa de conferencias y visitas, a cargo de instructoras, doctoras, y auxiliares sociales, mientras el barco esperaba en el puerto durante el día y efectuaba una gran parte del viaje durante la noche.

Se dice que en las escuelas de enfermería noruegas, el tratamiento psicosomático de las enfermedades se aplica a todos los sujetos. Algunas escuelas proporcionan conferencias especiales tanto sobre los asuntos corrientes del mundo como sobre temas sociales y culturales. Todas las estudiantes poseen bicicleta y practican deportes al aire libre. Se dice también, que en Noruega las enfermeras tienen todo el tiempo necesario para atender a sus pacientes.

Además de sus asociaciones nacionales propias, las enfermeras escandinavas han creado una organización regional conocida como la Asociación de Enfermeras del Norte de Europa, que celebra reuniones cada cuatro años. Medidas que estimulan la amplitud de visión y la comprensión internacional han sido el resultado de la integración de intereses. Las estudiantes de un país toman a menudo parte de sus cursos en otro, y cada año se facilitan becas para estudios avanzados. Un sistema instituido por los hospitales hace posible un intercambio internacional de las graduadas.

ITALIA

Italia, península en forma de bota cuya punta llega a la Isla de Sicilia, se proyecta en el Mar Mediterráneo al oeste de Grecia, que es su península compañera. Roma, la capital y ciudad más importante, es una de las más antiguas e históricas del mundo. Esta Ciudad de las Siete Colinas, situada a ambas orillas del Tíber, contiene muchas construcciones y ruinas de la Antigüedad en un excelente estado de conservación. Entre sus antiguos templos, el Panteón, erigido unos 120 años d. de J. C. y dedicado a todos los dioses, constituye un indicio de la actitud tolerante de Roma hacia las religiones de todos los pueblos.

Forman contraste con las construcciones antiguas, museos modernos que contienen tanto colecciones literarias y de arte de valor inapreciable como instituciones modernas, conocidas por sus excelentes servicios instructivos y culturales. La Vía Appia, originariamente una de las carreteras militares que conducían a las provincias del antiguo Imperio Romano, es actualmente una gran avenida moderna. A lo largo de

FIG. 116. Una clase de "Enfermería de Maternidad", para estudiantes de enfermera en el Centro Infantil 'Metera', de Atenas. (Cortesía de la OMS.)

FIG. 117. Recién llegados a la tierra de Israel son objeto de un examen médico al llegar al campamento. (Cantor, S. L.: *American Journal of Nursing*, 51:162, 1951.)

la misma, a ambos lados, pueden verse las Catacumbas, red extensa de corredores subterráneos excavada en la roca y utilizada como cámaras mortuorias por los primeros cristianos. Durante los periodos de persecución, las Catacumbas fueron lugares de refugio y culto religioso, porque, según la ley, todos los cementerios gozaban del derecho de asilo.

Dentro de los límites de Roma, con una extensión de más de 40 hectáreas en la orilla derecha del Tíber, se encuentra la Ciudad del Vaticano, creada en 1929 como Estado independiente bajo el gobierno del Papa. Hay aquí excelentes museos y colecciones de arte, el palacio pontificio, la Basílica de San Pedro, una de las mayores del mundo, y la Capilla Sixtina, en cuyas paredes y techo hay frescos pintados por artistas de fama mundial. El "Juicio Final", de Miguel Angel, cubre por completo la pared detrás del altar.

Las órdenes religiosas tienen en Italia el control de todos los hospitales y de la enfermería, con unas pocas enfermeras laicas, pero con grandes números de auxiliares de enfermera, en cambio, empleadas y dirigidas por las monjas. La Cruz Roja italiana contribuyó a la introducción de métodos modernos, estableciendo escuelas de la Cruz Roja en diversos lugares del país, pero fue solamente gracias a la Cruz Roja americana y a *Mary Sewall Gardner* que la enfermería de salubridad pública se introdujo en Italia durante la primera guerra mundial. En efecto, mientras se estaba llevando a cabo una campaña para la lucha internacional contra la tuberculosis, Miss Gardner y otras 15 enfermeras de salubridad pública norteamericanas zarparon para Italia, en donde permanecieron aproximadamente un año haciendo demostraciones de métodos de lucha contra la enfermedad mediante el establecimiento de un servicio de enfermería de salud pública. La oposición a una enseñanza superior para las enfermeras y otras circunstancias se revelaron como inconvenientes en relación con la aceptación completa del proyecto, inconvenientes que requerirían tiempo y esfuerzos proseguidos para superar.

Poco después de la segunda guerra mundial, mientras Italia se encontraba en un estado muy empobrecido, la Asociación de Enfermeras Italianas se reorganizó, prestando la secretaría ejecutiva y un editor de su periódico servicio voluntario. Las energías se dedicaron a aumentar el nivel de vida de la población italiana por medio de un servicio de enfermería eficaz. Para 1951, había en Italia treinta y cuatro escuelas de enfermería, con programas de

dos años todas ellas y graduando a unas seiscientas enfermeras al año. Mientras no había todavía programas de escuela superior para sus graduadas, se impartían cursos de posgraduados de siete meses en el campo de salubridad pública. La capacitación de las comadronas, separada por completo de la de las enfermeras, comprende un periodo de tres años. En todas las escuelas, la salud deficiente de las nuevas estudiantes, a causa de pobre alimentación combinada con las privaciones de la guerra, constituyó inicialmente un problema importante.

ISRAEL

Desde los tiempos del Antiguo Testamento, Palestina era la patria de un pueblo de raza semítica conocido como hebreos, judíos o israelitas. En el año 63 a. J. C. su patria fue conquistada por los ejércitos de Roma, y en 70 d. J. C., Jerusalén, la capital y ciudad santa, fue arrasada por los soldados romanos, dejando a los israelitas sin Estado nacional por espacio de casi dos mil años. Andando el tiempo, grandes números de nómadas se fueron infiltrando en Palestina, procedentes de la vecina Arabia, provocando con ello pretensiones contradictorias de derechos al territorio y a otros privilegios entre los judíos y los árabes y creando antagonismos y una tensión perpetua.

En medio de sufrimientos y hambre extensos relacionados con la primera guerra mundial, una Unidad Médica Zionista Americana llegó a Palestina para llevar a cabo labor social de diversas clases. Esta Unidad, completamente equipada por la *Organización Hadssah de Mujeres*, constaba de enfermeras registradas, médicos, ingenieros sanitarios y un contingente de la Cruz Roja americana. En dicho tiempo no había escuela alguna de enfermería, y la labor extensa y la influencia de este nuevo grupo fueron muy apreciadas. Con el tiempo, diaconisas alemanas fueron a los hospitales alemanes; Hermanas de la Caridad francesas fueron a los hospitales católicos; misioneros escoceses a los hospitales escoceses, y enfermeras inglesas a los hospitales de misión británicos. Se preparó a muchachas de la región, judías y árabes, jun-

FIG. 118. Enfermera de salud pública Hadassah examinando la salud de un residente de la ciudad vieja de Jerusalén. (Cortesía de Hadassah.)

to a la cama, para labores de enfermería y de comadrona.

En 1922, la Sociedad de Naciones convirtió a Palestina en un mandato de Inglaterra, con el propósito de fomentar el progreso mediante el estímulo de la inmigración. Siguieron los choques entre árabes y judíos, y en 1948 la Asamblea de las Naciones Unidas creó un Estado judío de Israel independiente, al oeste del Río Jordán y del Mar Muerto, dejando un Estado de Jordania independiente al Este. Durante el primer año de la existencia de Israel, cerca de un cuarto de millón de inmigrantes judíos fueron llegando al país procedentes de todas las partes del mundo, para establecer allí sus hogares permanentes y ayudar al desarrollo. las familias de estos inmigrantes y de otros, llegados después, forman ahora más de la mitad de la población.

Cerca de Jerusalén y dominando el Mar Muerto, la Escuela de Enfermería Henrietta Szold, afiliada al gran Centro Hospitalario y Médico de la Universidad Rothschild - Hadassah, fue abierta en 1939 por Hadassah, la Organización Zionista de Mujeres de América. Moderno en todos sus aspectos, el hospital proporciona atención a los musulmanes, judíos y cristianos y proporciona excelentes servicios para fines de enseñanza. Domina una atmósfera cosmopolita, y en una misma clase ha llegado a haber estudiantes de origen polaco, alemán, latoniano, rumano y americano, así como de la propia Palestina.

En 1951, las primeras instituciones para la atención de los Inmigrantes Incapacitados, conocidas como *Malden* y que actualmente son alrededor de cincuenta, fueron fundadas en Israel. Estas comprenden un gran Hospital Malden para Tuberculosis, en Beer Yaacov, otros hospitales para tuberculosos, hogares para los incapacitados y ancianos, talleres protegidos, centros de rehabilitación, y una escuela de enfermería muy reciente. Todos los pacientes y muchas de las enfermeras eran inmigrantes y recién venidos de otros países.

Actualmente, la ciudad de Jerusalén comprende dos secciones, conocidas como *Ciudad Vieja* y *Ciudad Nueva* respectivamente. La Ciudad Vieja, en el corazón de Jerusalén, está cercada por murallas antiguas y se divide en los barrios cristiano, judío, musulmán y armenio. En este símbolo histórico de la patria judía se encuentran lugares y edificios mencionados tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento. Aquí se hallan también la Iglesia del Santo Sepulcro, sagrada para los cristianos, y la Mezquita de Omar, que lo es para los musulmanes. La Ciudad Nueva, en cambio, que actualmente es la capital, fue construida durante el siglo pasado y forma un interesante contraste, con sus anchas avenidas, sus bloques modernos de departamentos y sus edificios de oficinas.

AFRICA

Africa, vasto continente que comprende muchos países, abarca desiertos abrasados por el sol, mesetas templadas, tupidas junglas, paisajes magníficos y distancias al parecer ilimitadas. Sus habitantes son de muchas razas y de muchas etapas de desarrollo, y viven la mayoría de ellos en áreas aisladas, cada una con su estructura social propia, sus tradiciones y sus costumbres, que se han ido formando durante periodos ingentes de tiempo. Los auxiliares sociales encuentran necesario todavía, en muchas secciones, enseñar a indígenas analfabetos y supersticiosos, en cuyas creencias los malos espíritus siguen considerándose como la causa de todas las calamidades.

Sin embargo, este continente, que ha entrado recientemente en un periodo de agitación, está despertando a ideas progresivas con una rapidez espectacular, aunque faltan todavía en áreas extensas los métodos modernos para la lucha contra las enfermedades infecciosas y su erradicación. La desnutrición domina entre gran número de sus habitantes, y la lista de las infecciones corrientes es muy larga. Son pocos los africanos que estén libres del paludismo, y las enfermedades intestinales siegan las vidas de millares de niños y adolescentes. La ceguera y los sufrimientos debidos al tracoma son co-

Fig. 119. Tenientes del QARANC, de la Comandancia del Africa Oriental, en una merienda para niños africanos. (Foto oficial inglesa: Reservados los derechos reales de autor. Publicada por el Servicio de Información Británico, por la Oficina Central de Información, Londres.)

rrientes en Etiopía y en toda el Africa del Norte, en donde las hileras de mendigos ciegos constituyen un espectáculo común en las plazas del mercado. Las enfermedades del sueño, tuberculosis, viruela, lepra y frambesia africanas son causas de desastre entre grandes números de personas, muchas de las cuales sufren de más de una enfermedad a la vez.

Los primeros servicios de salubridad los proporcionaron los misioneros, cuyo propósito primordial era el de propagar la religión cristiana, y sigue habiendo todavía poquísimas escuelas médicas o de enfermería, o inclusive universidades que proporcionen directores y un personal preparado, capaz de enfrentarse a la situación. Sin embargo, existen indicios de que la situación está mejorando. En un periodo de cinco años, veintidós naciones africanas han conseguido su independencia con respecto al régimen colonial y están asumiendo rápidamente la responsabilidad de proporcionar oportunidades de instrucción y servicios médicos a sus respectivos pueblos. Muy recientemente, representantes de treinta y cuatro países celebraron una reunión en Addis Abeba, capital de Etiopía, y aprobaron un programa de cinco años destinado a admitir un millón de niños cada año en sus escuelas, corriendo los gastos a cargo de los países mismos, pero solicitando al propio tiempo ayuda de otras partes.

En contraste con las áreas de desarrollo reciente, algunas naciones están realizando progresos notables. Las escuelas de enfermería de *Nigeria* y *Ghana* están tan avanzadas, que sus graduadas pueden registrarse y ejercer en Inglaterra. La parte sur del Africa y la parte alrededor del Delta del Nilo tienen escuelas bien establecidas, hospitales, centros de salud y servicios de salubridad pública para los distritos rurales. Las graduadas de algunas escuelas de enfermería de la *Unión Sudafricana* pueden registrarse e inscribirse para visitas de intercambio en algunos países europeos y norteamericanos. Fue en la que es actualmente la Provincia del Cabo de Buena Esperanza que la necesidad del control legal del ejercicio

de la enfermería se reconoció públicamente por vez primera mediante la aprobación de una ley de medicina y farmacia, en 1891, que entre sus disposiciones contenía el registro de las enfermeras.

A medida que Africa va despertando a las posibilidades de un mejor modo de vida, va siendo ayudada por los esfuerzos de las Naciones Unidas. Una campaña de gran envergadura contra el tracoma es llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud en Marruecos y Túnez. En 1953, diecisiete equipos de oftalmólogos y enfermeras llegaron al sur de Marruecos con una caravana de hospitales. Diversos proyectos de la OMS, que tienen su origen en Brazzaville, capital de la República del Congo y sede de la Oficina Regional de la OMS para el Africa al sur del Sahara, se están llevando a cabo en todo el continente.

El Fondo Internacional para Niños de las Naciones Unidas (UNICEF) trabaja, con la ayuda de enfermeras africanas y de otras personas interesadas, en vista de la reducción de la mortalidad infantil y de asegurar bebés sanos para Africa. Se ayuda a los hospitales con programas de enseñanza y demostración, equipo, leche en polvo y medicamentos. La Organización de Alimentación y Agricultura (*Food and Agricultural Organization,* FAO) coopera enseñando métodos de cultivo al día y el empleo de equipo moderno para aumentar considerablemente las reservas de alimentos y aliviar la desnutrición.

Promueve el progreso en todas las áreas de la vida la Organización Educativa, Científica y Cultural de las Naciones Unidas (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization,* UNESCO), que ayuda a países a crear sus propios sistemas de enseñanza, desde el kindergarten al doctorado. Su departamento de ciencias sociales se dedica especialmente a las cuestiones de las relaciones entre razas y de discriminación de oportunidades entre hombres y mujeres. Si se le solicita, envía especialistas de primera categoría en materia de enseñanza y ciencias sociales, para trabajar con los nativos y enseñarles sistemas modernos de educación, investigación científica y

Fig. 120. Sarah Wanjiku, comadrona, examina a una paciente al llegar a Kenya, Africa, una Unidad Móvil de Salubridad de la OMS, con equipo proporcionado por el UNICEF. (*Nursing Times,* 4 de marzo de 1960. Fotografía de *Camera Press, Ltd.* Londres.)

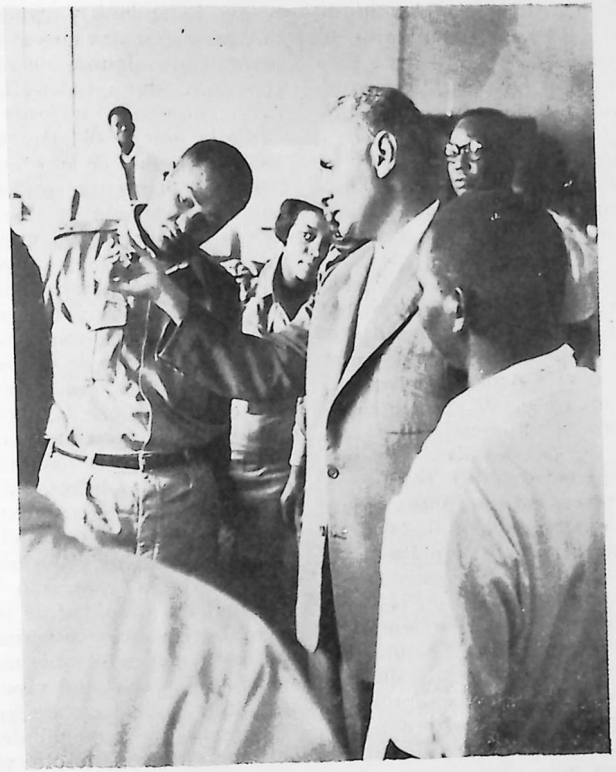


Fig. 121. Un médico de la OMS colabora con un Equipo Médico Internacional de la Cruz Roja, en Bunio, República del Congo. (Foto cortesía de la OMS.)

progreso cultural. El carácter urgente de la situación actual fue expresado por el jefe de la delegación británica en la conferencia general de la UNESCO, celebrada en París:

> "En el campo de la educación, todos somos pobres, y algunos son más pobres que otros. La UNESCO lucha por la Enseñanza en el sentido más amplio de la palabra, lo mismo que la OMS lucha por la Salud, y la FAO por la Agricultura. Tenemos el derecho y el deber de proclamar las necesidades urgentes de instrucción y de señalarlas insistentemente a nuestros gobiernos y a la familia entera de las Naciones Unidas".[2]

A medida que los esfuerzos combinados de estos grandes proyectos sociales van penetrando en áreas cada vez más extensas, se ofrece la oportunidad de que se difundan con ellos los valores culturales, morales y espirituales de la civilización.

El Dr. Albert Schweitzer. Una empresa misionera temprana independiente, emprendida en la que ahora es Lambaréné, Gabón, y que ha adquirido fama mundial, es la del Dr. Albert Schweitzer, ganador en 1952 del Premio Nobel de la Paz. En 1913, el Dr. Schweitzer y su esposa llegaron, procedentes de Alsacia-Lorena, a una región de bosques de caoba junto al Río Ogowe, para construir un hospital en lo que se ha designado como "el peor clima de la tierra". No había otro médico alguno en millas alrededor. No tardaron en acudir al nuevo hospital grandes números de indígenas que pade-

[2] Correo de la UNESCO, febrero de 1961, pág. 7.

cían paludismo, disentería, elefantiasis, enfermedad del sueño, tuberculosis, lepra y enfermedades de la piel de toda clase. Los estados que requerían intervención quirúrgica eran numerosos. Los pacientes viajaban en canoas o a través de junglas, en ocasiones por semanas enteras, y venían con sus familias y amigos, a todos los cuales había que albergar y alimentar en una forma u otra.

El Dr. Schweitzer había abandonado una carrera en la que había adquirido fama como músico, autor y conferenciante, para poner en práctica su creencia de que cada quien tiene asignada *otra tarea*, aparte de su arte, su negocio o su profesión, atendiendo a sus semejantes. Su estudio de la música empezó a la edad de cinco años, e inclusive de joven era ya conocido por su magnífica interpretación de las composiciones de Juan Sebastián Bach. Su estudio de la medicina empezó a los treinta años, con objeto de que pudiera "trabajar sin hablar", en su empresa misionera. Al propio tiempo, una joven a la que conocía, ingresaba en una escuela de enfermería, de modo que estuviera preparada para colaborar con él. Se convirtió en la Sra. Schweitzer, y por muchos años sirvió como enfermera, anestesista y asistente general de su marido. Finalmente, su estado de salud la obligó a volver a su tierra en Alsacia-Lorena.

El hospital del Dr. Schweitzer comprende actualmente unos cuarenta edificios que cubren un área desmontada de unas 44 hectáreas. Están bien construidos desde el punto de vista de la ventilación y de la protección contra el intenso calor ecuatorial. Faltan las comodidades de electricidad, refrigeración, plomería moderna, radio y periódicos. Todos los elementos necesarios han de traerse de grandes distancias. Los fondos para llevar adelante su gran proyecto humanitario los reunió el Dr. Schweitzer mediante giras de conciertos y conferencias periódicas en Europa y con la venta de sus obras. Fue siempre difícil encontrar médicos que trabajaran con él y le substituyeran durante sus ausencias, pero enfermeras belgas, holandesas y francesas, en cambio, prestaron servicios abnegados, permaneciendo algunas de ellas por muchos años. Ahora, todas ellas consideran necesario seguir adelante ellas solas, desde la muerte del Dr. Schweitzer en 1965, a la edad de noventa años.

El Dr. Schweitzer estaba profundamente convencido de que si las vidas de miedo, enfermedad y miseria de los millones de habitantes supersticiosos y atrasados del Africa pudieran observarse y comprenderse, la civilización se haría cargo de su responsabilidad de ayudar. El meollo de su filosofía se encuentra en su expresión de "reverencia frente a la vida", de la que consideraba que había de constituir el principio rector de todos los sistemas sociales, económicos y políticos. Su propia reverencia por la vida se extendía a todas las cosas vivas, y pagaba a los indígenas por salvar y llevarle cualquier criatura que encontraran en apuros. Respetaba la dignidad de todos los individuos y se sentía su hermano. Todos los salvajes eran sus hermanos y hermanas. Vivía con ellos y para ellos. Es justo que se le haya designado como "el hombre más bueno del mundo", "el más grande filósofo viviente", y "un poco inferior a los ángeles".

REPUBLICA DE LA INDIA

La India, país de dos religiones humanas y pacíficas, el hinduismo y el budismo, está experimentando un rápido cambio social, pero existe todavía allí una falta alarmante de salubridad y de medidas higiénicas. Dominan las enfermedades de la nutrición, paludismo, cólera y lepra, y se ha calculado que más de dos millones de personas son ciegas por causas susceptibles de prevenirse o curarse. La proporción de médicos y enfermeras con la población sigue siendo peligrosamente baja, pero mejora con respecto a la avidez de la gente joven de mejorar la posición social y los servicios de salubridad de su pueblo. Se insiste en la introducción de programas adecuados para la preparación de médicos y enfermeras, especialmente en el campo de la pediatría.

La apertura de escuelas de enfermería asociadas a escuelas superiores va dando a la profesión una condición social y económica más alta de lo que tuviera antes, y atrae a jóvenes personas cultas. Entre las escuelas modernas figuran la *Escuela de Enfermería del Hospital del Centro Médico de Vellore*, y la *Escuela Superior de Enfermería de la Universidad de Delhi*, en Nueva Delhi, capital de la India. La Escuela de Enfermería de Vellore, inaugurada en 1902 por *Lillian Hart*, una canadiense, tiene ahora un programa de certificado de tres años y un programa de diploma de cuatro años, controlados por la vecina Universidad de Madras. La experiencia clínica para las estudiantes comprende el trabajo con unidades hospitalarias móviles bien equipadas, que emprenden expediciones regulares a regiones vecinas, deteniéndose siempre allí donde se reúnen grupos de pacientes al lado del camino.

La Escuela Superior de Enfermería de la Universidad de Delhi forma parte de un movimiento general en vista de una instrucción superior para las mujeres, que atrae a números mayores de solicitantes de los que pueden admitirse. Creada en 1946 como escuela superior integrante de la Universidad, está sostenida por el gobierno central de la India y cobra una matrícula correspondiente a la de sus demás escuelas.

La experiencia clínica se obtiene en diversos hospitales y, además, las estudiantes han trabajado en una aldea vecina con un Equipo de Puericultura sufragado por la OMS y la UNICEF, bajo la dirección de una graduada del país, que adquirió experiencia avanzada en materia de salubridad pública en Toronto, Canadá. Con este y otros inicios prometedores, cabe esperar que las ideas de enfermería moderna y prácticas de salubridad pública irán penetrando en este gran país, que actualmente presenta un campo abierto a todos los aspectos de la enseñanza sanitaria.

Asociación de Estudiantes de Enfermera de la India. En 1929 fue creada la Asociación de Estudiantes de Enfermera de la India, afiliada a la Asociación de Enfermeras Preparadas de la India, con el propósito de ayudar a la enfermería a conseguir la condición de profesional y de fomentar un espíritu de comprensión y cooperación entre estudiantes de diversas escuelas. En reuniones anuales se organizan exposiciones por las estudiantes y, en 1952, *Anthony Swami*, estudiante de tercer año del Hospital General Gubernamental de Madras, obtuvo el premio de Presidente de la República de la India, por su presentación de un modelo de sala posoperatoria.

CHINA

En China, en donde las mujeres acostumbran a casarse jóvenes y a vivir con las familias de sus esposos en términos de estricta obediencia y respeto hacia la generación más vieja, las ideas extranjeras hubieron de producir muchos cambios. Fue en este marco tradicional que los primeros misioneros hubieron de trabajar, pero las promociones posteriores no tardaron en imprimir un nuevo impulso a la labor. *Nina Gage*, graduada de la ciudad de Nueva York, decano de la Escuela de Enfermería Hunan-Yale, de Changsa, y presidente a la vez de la Asociación de Enfermeras de China y del Consejo Internacional de Enfermeras (1925-1929) fue la promotora decisiva de la reforma. Se elaboró un plan de estudios uniforme para las escuelas de enfermería, se promulgaron leyes para la acreditación de las mismas y el registro de sus graduadas, y se organizaron convenciones de enfermeras.

En años más recientes, se brindó a algunas jóvenes chinas, graduadas de escuela superior algunas de ellas, la oportunidad de estudiar en el extranjero. A su regreso a China estaban equipadas para introducir los métodos modernos de países extranjeros. Sobresalieron entre éstas: *Elsie Mawfung Chung*, que se graduó en el Hospital Guy, de Londres, en 1909, y *Lilian Wu*, quien se trasladó a América y se graduó en la Escuela de Enfermería del Hospital Johns Hopkins, de Baltimore. Más adelante, Miss Wu ejerció

influencia como presidente de la Asociación de Enfermeras de China.

La enfermería de salubridad pública, con todas sus posibilidades para la mejora del nivel de vida, se inauguró en la Escuela de Medicina de la Unión, de Peiping, en 1925, y ha progresado en muchos aspectos, aunque se han experimentado también los inevitables reveses. No obstante, pese a los muchos años de guerra civil e internacional y de grandes devastaciones, todos los aspectos de la enfermería china han progresado hasta un punto en que están en condiciones de prestar servicios inapreciables.

FORMOSA

Formosa, o Taiwan, que es como la llaman los chinos, es una isla a unos 125 Km de la costa sur de China, cuya población consta de chinos, japoneses e indígenas, entre los que dominan los primeros. Budismo, confucianismo y taoísmo son formas de religión aceptadas todas ellas, y todas predican ideales elevados de pensamiento y conducta humanos. Antes de la segunda guerra mundial, las escuelas de enfermería y las de comadronas eran dirigidas por médicos en los hospitales provinciales, en donde muchos pacientes eran atendidos por parientes que permanecían día y noche, y cocían alimentos, junto a la cama. Se admitían estudiantes a intervalos irregulares, después de terminados ocho años de estudios, a un curso de dos años sin trabajo regular alguno de clase.

Formosa constituyó un objetivo de bombardeos demoledores durante la guerra, y fue necesaria una reconstrucción considerable antes de que pudieran restablecerse los hospitales. Desde el fin de la guerra se han creado diversas escuelas modernas de enfermería en Taipeh, capital y ciudad principal de la Isla. La *Escuela de Enfermería del Centro Médico de la Defensa Nacional* forma parte integrante del ejército, y el *general Chow Mei-Yo,* graduado de la Escuela de Medicina Unión, de Peiping, fue su primer decano. El programa de enfermería comprende cuatro años, con su requisito previo de seis meses de instrucción militar y un servicio posterior de dos años, después de la graduación, en un hospital del ejército.

La *Escuela de Enfermería del Hospital de la Universidad de Taiwan* da un curso de tres años. Su primer director, un chino graduado en la Escuela Superior de Enfermería de San Lucas, de Tokio, ha trabajado en vista de la categoría universitaria, con la ayuda de un equipo de cuatro enfermeras de la OMS. También la ciudad de Taichung se benefició de un equipo de la OMS, compuesto de una enfermera canadiense de salubridad pública, de una comadrona enfermera inglesa y de una tocólogo americana, que trabajaron para mejorar el servicio de maternidad. Todas las escuelas de Formosa tienen una necesidad apremiante de personal docente y director, de libros de texto en chino y de muchas clases de equipo.

En 1952, la Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS en Manila patrocinó un seminario de instrucción de enfermería en Taipeh, en donde se reunieron veinte enfermeras, incluidas la asesora regional de enfermería de la OMS y una directora de enseñanza, de los Estados Unidos. Acudieron enfermeras no sólo de diversas partes de Formosa, sino también de Corea, Japón, China, Filipinas, Malaya, Singapur, Borneo septentrional, Nueva Zelanda, Australia, Países Bajos, Nueva Guinea y Vietnam. No se permitió que un viaje fastidioso e incómodo constituyera un obstáculo. La enfermera de Australia viajó ocho días por aire, incluidas las escalas necesarias. Otra viajó 160 Km en camión y luego doce días por aire, para poder asistir.

JAPON

Se comentó ya la introducción de métodos occidentales en Japón por *Linda Richards,* en 1885. Bajo los auspicios de la Junta Americana de Misiones, aquélla organizó en Kyoto la primera escuela de preparación para enfermeras y la dirigió durante los cinco primeros años de su existencia. Otro gran progreso, esto es, la fundación del Centro Médico Internacional de San Lucas, en Tokio, se llevó a cabo gracias a los esfuerzos combinados de las iglesias episcopales protestantes de Norteamérica y Japón. Una escuela de enfermería, establecida en 1904 en conexión con el Centro de San Lucas, se ha convertido en una escuela superior oficial de enfermería, con un curso básico bien concebido de tres años, y un cuarto año para las que deseen especializarse en enseñanza, dirección o enfermería de salubridad pública.

Japón, al igual que Formosa, sufrió graves daños en sus hospitales y escuelas de enfermería durante la segunda guerra mundial, pero rápidas medidas de reconstrucción comprendieron la fundación de nuevas escuelas y la promulgación de leyes para reglamentar el ejercicio de la profesión por las graduadas. En 1946 se abrió en Tokio, como modelo para las escuelas futuras, la *Escuela de Demostración de Enfermería de la Cruz Roja.* El Hospital de la Cruz Roja, a la que aquélla está asociada, es un hospital general de 500 camas que cuenta con aulas bien equipadas y otros servicios didácticos adecuados. La enfermería de salubridad está integrada a otras materias durante el curso entero. Esta escuela se ha convertido en centro de cursos de repetición para enfermeras administradoras, instructoras y clínicas especializadas.

Hay ahora dos clases de enfermeras en Japón, conocidas como clase A y clase B, respectivamente. Las enfermeras de la clase A corresponden a las enfermeras profesionales de otros países y ejercen sin supervisión, en tanto que la clase B corresponde a las enfermeras practicantes o vocacionales, y la ley exige que sólo ejerzan bajo la dirección de un médico, un dentista o una enfermera de la clase A.

COREA

Corea, península del Asia Oriental, es en gran parte montañosa y se halla todavía en la etapa agrícola de desarro-

FIG. 122. La capitana Steele, un paciente coreano y un *jeep.* (Cortesía de *NEWSWEEK.*)

FIG. 123. La Princesa Margarita, Coronel en Jefe del QARANC, visita una sala modelo en la Escuela de Preparación Preliminar del QARANC. Le explica el trabajo la comandante D. Price. (Cortesía de *Nursing Mirror*, 4 de abril de 1958.)

FIG. 124. La coronel Mary G. Phillips, Jefe del Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los EE. UU., llega al aeropuerto de Seúl, Corea, para empezar la gira de inspección de un hospital quirúrgico militar móvil. (De *Bulletin of the California State Nurses' Association*, mayo de 1951.)

llo. Poco se sabe acerca de los orígenes de este pueblo, pero, a causa de ciertos rasgos característicos, se supone que es una mezcla de razas mongólicas. Se practican allí muchas formas de religión, incluidos el animismo, el culto de los antepasados, el budismo y el confucianismo. El cristianismo fue introducido alrededor de 1882, con la llegada de misioneros europeos. Desde entonces se han practicado la medicina y la enfermería en diversos centros aislados.

Durante treinta y cinco años los japoneses ejercieron el dominio sobre Corea, pero lo perdieron hacia fines de la segunda guerra mundial, siendo dividida la península por el paralelo 38 entre las Coreas del Norte y del Sur. Con el propósito de asegurarse el dominio del territorio entero, el ejército norcoreano empezó en junio de 1950 un avance hacia el sur. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas reaccionó rápidamente, organizándose la Acción Policiaca de las Naciones Unidas en Corea.

Se aseguró la atención casi inmediata de los soldados heridos de todos los ejércitos mediante el esfuerzo conjunto de los países bajo la bandera de las Naciones Unidas. Servían enfermeras coreanas, del Norte y del Sur, con los respectivos ejércitos coreanos. El primer contingente de enfermeras extranjeras llegó sobre el terreno una semana después de iniciadas las hostilidades, para enfrentarse al polvo, al barro y a temperaturas extremas, mientras asistían a una corriente ininterrumpida de heridos de guerra. Las sociedades de la Cruz Roja de muchos países entraron en acción. La Cruz Roja danesa aportó un barco hospital, con un equipo de enfermeras y demás personal. La Cruz Roja sueca proporcionó una unidad hospitalaria, y la Cruz Roja italiana envió otra, cuyo personal era totalmente voluntario y se proponía atender únicamente las necesidades de la población civil coreana.

Hermanas Enfermeras del Cuerpo de Enfermería del Ejército Real de la Reina Alejandra acudieron de Inglaterra con equipo para un hospital de

FIG. 125. Margaret Maloney, Oficial Aviador de la Real Fuerza Aérea Australiana, delante de su cuartel en Butterworth, Malaya. (Cortesía de *Nursing Mirror*, 28 de marzo de 1958.)

campaña. Unidades Móviles Hospitalario-Quirúrgicas del Ejército (MASH) para el servicio del frente fueron proporcionadas por los Estados Unidos, y una de ellas por Noruega. Estaban concebidas para moverse por medio de *jeeps* y camiones más cerca de las líneas de combate que los hospitales de campaña o de evacuación. Los servicios de enfermería se posesionaron de todo granero, toda escuela o toda iglesia o bien, en caso necesario, se levantaban y equipaban rápidamente tiendas de campaña. Un equipo de médicos, enfermeras, anestesistas y soldados sanitarios entraron en acción en salas preoperatorias, posoperatorias y en la sala de operaciones. Tres o cuatro mesas de operaciones funcionaban constantemente día y noche, hasta haber atendido a todos los heridos.

Se emplearon grandes cantidades de sangre entera o plasma para prevenir o superar el choque y se administró penicilina a todos los que presentaban heridas abiertas. Las heridas graves de tórax, abdomen y extremidades eran corrientes. Para evitar la pérdida de sangre y la conmoción, se movía a los pacientes lo menos posible, sirviendo a menudo de mesa de operaciones literas sobre bloques. Los heridos llegaban en camillas, en *jeep* o en helicóptero, para ser evacuados lo antes posible en la misma forma, o por trenes ambulancia u hospital.

De los hospitales de evacuación, los soldados norteamericanos con heridas graves eran llevados a los hospitales del ejército de los EE. UU. en Japón, en donde unidades separadas atendían a los pacientes neuropsiquiátricos, parapléjicos, de hepatitis y de congelación: Aquí, enfermeras norteamericanas trabajaban con soldados de sanidad y los enseñaban. Desde el Japón, los pacientes que no estaban en condiciones de volver a sus regimientos eran transportados por ambulancia aérea o por barco-hospital a hospitales de los Estados Unidos.

En medio del conflicto, las enfermeras de diversos países formaron lo que llamaban unas "Pequeñas Naciones Unidas", con objeto de conocerse mejor unas a otras. En la primera reunión, enfermeras coreanas hablaron del servicio de enfermería coreano y expresaron su agradecimiento por la ayuda prestada a su país. Otras oradoras de los Países Bajos, Suecia, Noruega y los Estados Unidos hablaron ya sea de la enfermería en sus países o de la clase de servicio que estaban prestando en Corea. Una enfermera de Tailandia expresó la semejanza que existía entre la enseñanza de enfermería en su país y

FIG. 126. Enfermeras de las Naciones Unidas en un hospital de Corea durante el Conflicto Coreano (1950-1953). (Folleto "*The Army Nurses Corps Yesterday and Today*" ["El Cuerpo de Enfermeras del Ejército ayer y hoy"], de Mary M. Roberts, Oficina de la Dirección General del Ejército de los Estados Unidos, Washington, D. C. 20402.)

en los Estados Unidos. Un miembro de la Unidad Hospitalaria de la Cruz Roja italiana habló de sus problemas de idioma, porque el coreano había de traducirse primero al inglés y luego al italiano, con cambios de significado a menudo desconcertantes.

A medida que la lucha se prosiguió del Norte al Sur de Corea y que los horrores de la guerra y las bajas de las batallas fueron aumentando, sufrimientos extraordinarios se extendieron a la población civil. Se desorganizaron el suministro de agua, las unidades de purificación y los servicios sanitarios, se destruyeron hogares, hubo heridos o muertos, y niños pequeños quedaron sin protección de los padres o de quien fuera, todo lo cual se puso de manifiesto en forma flagrante al cesar finalmente las hostilidades el 27 de julio de 1953.

Muchos países, en colaboración con la Agencia de Reconstrucción Coreana de las Naciones Unidas, se movilizaron inmediatamente para mandar suministros de alimentos, ropa, sábanas y equipo. Se enviaron a las enfermeras coreanas cajas de uniformes, zapatos y libros. La Fundación Coreano-Americana, en cooperación con las Naciones Unidas y el gobierno coreano, proporcionó fondos para que las enfermeras jefes coreanas tomaran cursos de posgraduadas en Hawaii y Nueva Zelanda, y para que otras graduadas coreanas estudiaran en Australia, Canadá, Hawaii, Japón y los Estados Unidos. La Fundación Coreano-Americana abrió también una Escuela Posgraduada de Enfermería en 1954, la cual se reveló pronto como mucho más eficaz que el proyecto de mandar a las enfermeras al extranjero para seguir estudios más avanzados.

Bibliografía

International Nursing Review. ICN House, 1 Dean Trench Street, London, S. W. 1, England.

American Journal of Nursing. Official magazine of the ANA. 10 Columbus Circle, New York, New York, 10019.

Nursing Outlook. Official magazine of the NLN. 10 Columbus Circle, New York, New York, 10019.

The Canadian Nurse. Published in English and French. 1522 Sherbrooke Street West, Montreal 25, Quebec, Canada.

Nursing Times. Journal for the RCN and NCN of the UK. Macmillan & Co., publishers, St. Martin's Street, London, W. C. 2, England.

Americas. Pan American Union, 19th St. and Constitution Ave., Washington, D. C. 20006.

World Health. The Magazine of the World Health Organization. Columbia University Press, International Documents Service. 2960 Broadway, New York, 10027.

UN Monthly Chronicle. Columbia University Press, International Documents Service. 2960 Broadway, New York, 10027.

INDICE ALFABETICO

ABADESAS famosas, 73
Radegunda de Poitiers, 73
Sta. Clara o Clarisa, 92
Sta. Hildegarda, 114-115
Acción Policiaca de las Naciones Unidas en Corea, 421
Acreditación, de escuelas de enfermería, 268
de hospitales, 269- 270
Addams, Jane, 203-204
Africa, la enfermería en, 412-413
Agencia para el Desarrollo Internacional *(Agency for International Development)*, AID, 316
Agustinianas, monjas, 130, 137
Aikenhead, Mary, Madre, 153
Alcott, Louisa M., 189-190
Alcheita, José, Padre, fundador del Hospital de Río de Janeiro, 338
Alejandría, 42
Alejandro Magno, 24, 42, 44
Alemania, la enfermería en, 405
Alexianos, Hermanos, Hospital de los, Escuela para Enfermero del, 309
Alfredo Pinto, Escuela, en Brasil, 338
Alvarado, Jorge, 351
Alumnas, asociación de, creación de la, 212
American Association of Industrial Nurses (Asociación Americana de Enfermeras Industriales, 268
American Journal of Nursing, primer ejemplar del, 215
American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses of the United States and Canada, 213
Ana Neri, Escuela de Enfermería, fundación, 338
Ancón, Hospital de, u Hospital del Cerro, en Panamá, 387
Animismo, 19
Antepasados, su culto en China, 33
Anthony, Susan B., 126
Antioquía, Universidad de, en Medellín, Colombia, 342
Apolo, 38
Apóstoles, 51
Aprendizaje, Métodos de, en Medicina, 122-123
en el sistema de los gremios, 76
en las escuelas de enfermería, 76
crítica del, 227
Arabe Unida, República, 25
Arabia, 77
Argentina, enfermería en, 335-337
Arias, tribus, 30
Aristóteles, 24, 41
Ascetismo, 99
Asiria, 27
Asociación, Americana, de Enfermeras, 274-275
Naciones Unidas, relaciones con las, 259
Organizaciones, 267
periódicos y convenciones, 276
Programa de Seguridad Económica, 326
secciones, 275
Subcomité Conjunto para la Acreditación de Hospitales, 269
tareas emprendidas, 274
Unidad de Investigación y Estadística, y Comité de Investigación y Estudios, 289
de, Escuelas Colegiadas de Enfermería, 268
Hospitales, Católicos de Estados Unidos y Canadá, 230
Hospitales Protestantes, 230
Brasileña de Enfermeras Diplomadas, 339
de Enfermeras, Anestesistas, 268
de Sala de Operaciones, 268
Noreuropeas, 408
Preparadas de la India, 417
Médica Americana (AMA), 228
Comité, de Enfermería creado en 1959 por la, 228
para el estudio de problemas de enfermería en Estados Unidos de Norteamérica, 262
constitución del Comité y Departamento de Enfermería por la, 228
Estudio de Datos Escolares, 363
fundación de la, en el año de 1847, 123
Mexicana de Enfermeras, 382
Noruega de Enfermeras, 408
Nacional, Canadiense de Enfermeras Profesionales, 214
de Enfermeras, de la República de Cuba, fundada en 1909, 340
Graduadas de Francia, 9-10, 404
para Enseñanza y Servicio de Enfermería Práctica, 260
Asoka, rey, de la India, 31
Asuán, dique de, 25
Jamieson, 28

Australiana, Aviación, Real Banda de la, 3
Federación Real, de Enfermería, 3
Avicena, 80
Ayanz, Micaela, Sor, 361, 362
Azteca (s), indios, 34, 133
conocimiento de los, sobre narcóticos, 356-357
medicina de los, introducida a Europa por Monardes, 356
comparada con el pobre desarrollo de la medicina europea de aquel tiempo, 358
plantas medicinales empleadas por los, 356
riqueza de la farmacología, 358

BABILONIA (actualmente Iraq), 25
Badiano, manuscrito de, documento médico mexicano más antiguo de los aztecas, 356,
Baja Edad Media, enfermería en la, 105-108
Balmis, Francisco, Dr., 359
Bárbaros o incontrolados, 61
Barberos cirujanos, 102
Barclay, Miss, 195
Barton, Clara, 127, 189, 191
Barrios, Juan de los, Fray, 341
Beard, Olding, Richard, Dr. 220
Bedford, Escuela Superior de, cursos de posgraduadas en la, 226
Beduinos, 78
Beecher, Catherine, 126
Dame Ethel Hope, 221
Béguines, orden de, en Bélgica, 94-95, 106
Belén, 49
Bélgica, la enfermería en, 406
Benedictina, Regla, 71
Beneficencia Pública Cubana, organización de la, en 1900, 345
Berberi, José Ignacio, 341
Bermejo, Agustina, enfermera, 335
Berthean, Caroline, 163
Betancourt, Pedro José, Hermano, 352
Biblia, en la forma de vulgata, 64
Bickerdyke, Mary Ann, Madre, 189-190
Bizantino, Imperio, 78
Blackwell, Elizabeth, Dra., 188, 190
Bolton, Payne Frances, 235, 249
Bolton, Proyecto de ley, 249
Booth, William, 203
Boston, Asilo de Lunáticos, 157
Brahm, 30
Brasil, Jesuitas, orientación de los, en la enfermería de, 338
legislación para la enfermería en, 340
medicina y enfermería, indígenas en, 337
primer hospital de, fundado en Santos en, 1543, 338
progreso de la enfermería en, después de la República, 338
Brewster, Mary, 197
Bridges, Daisy C., 3
British Journal of Nursing, 215
Broe, Ellen, 6
Brown, Esther Lucile, 261
Browne, Jean, 238
Brujerías, creencia en las 144-145
Buda, 30, 31, 49
Budismo, origen del, 30, 31, 33, 46
Buen Samaritano, historia del, 50
Bull Run, batalla de, 187

CABALLERÍA, educación para la orden de, 85
influencia de la, sobre la posición de las mujeres, 96
Caballeros Hospitalarios, u Ordenes de Enfermería Militares, 86-88
Cabo de Buena Esperanza, Provincia del, 215, 413
Cabot, Richard, Dr., 227
Cadetes de enfermeros, cuerpos de, en los Estados Unidos de Norteamérica, 249, 252
Cambios de Estructura en la Enfermería Organizada, 266-268
Cameron, Stewart, Dr., 238
Canadá, 136-142
Cannon, Ida, 227
Cárceles, Alemanas, Asociación de, 159
condiciones lamentables en las, 130
reforma de las, 155-156
Carnegie, Estudio, de la Enfermería, 261
Cartier, Jacques, 136
Carrel, Alexis, 206
Carrera de enfermería, oportunidades para la, en diferentes instituciones y departamentos gubernamentales del Canadá, 319-321
en Estados Unidos, 304-318
Casa (s), de Salud, fundada en Perú por médicos italianos, 390
de Trabajo, de Lipervool, reforma en la enfermería en, 183-184
fundación de las, en Inglaterra, 154
Materna, sistema de la, en Alemania, 405
Matriz, en Kaiserswerth, 162
o Taller Público, y Casa de Corrección en Nueva York, 145
Casiodoro, 72
Caso, Alfonso, conceptos de, acerca de la cultura indígena mexicana antigua, comparada con la actual, 358
Categoría militar para enfermeras, otorgada por vez primera en Canadá, 217
Católica, reforma social, 151-154
Cavell, Edith, enfermera inglesa, en el Congreso del CIE, 214
ejecución de, 222
en Bélgica, 407
Celso, 59, 60

Cendala, Isabel de, considerada primera enfermera sanitaria en iberoamérica, 359
Centro Médico de la Defensa Nacional, Escuela de Enfermería del, en Formosa, 418
Cervantes, 114
César Augusto, 61
Cicerón, 46
C. I. C. I. A. M. S. (Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Medicosociales), 10
condiciones de admisión, 11
Congresos mundiales en, Bruselas, España, Londres, Lourdes, Quebec y Roma, 10
estatutos, 11-14
medios de acción, 11
organización, 11
y Organización mundial de la Salud, 11
Cirujanos y Médicos, Escuelas Superiores Americanas de, 228
Ciudades indias, con civilización, 133
Civilización, los inicios de la, 19
Clamageran, Alice, 9
Clarisa, 92
Clasificación provisional de las escuelas de enfermería, 263
Claver, Pedro, jesuita, fundador del primer Hospital en Colombia, 341
Cleopatra, 24
Coca del Perú, 395
Colegio de, Enfermeras Micaela Ayanz, de México, 385
Philadelphia, 123
San Pablo, convertido en lo que hoy día es Hospital Juárez en la Ciudad de México, 361
Colón, Cristóbal, 34, 96, 133, 134
Comisión, conjunta para la acreditación de hospitales, 269
Sanitaria, de la Guerra Civil en Norteamérica, 187, 188
Comité (s), Conjunto para la Distribución del Servicio de Enfermería, 237-238
de Estudio de los Costos de Atención Médica, 240
del Fondo Nightingale, 179-180
de la Asociación Americana de Enfermeras, objetivos, 282
Internacional Católica de Enfermeras y Asistentes Medicosociales, (C. I. C. I. A. M. S., 10
condiciones de admisión, 11
Congresos Mundiales en, Bruselas, España, Londres, Lourdes, Quebec y Roma, 10
estatutos, 11-14
medios de acción, 12
organización, 11
y Organización Mundial de la Salud, 11
Nacional para la Mejora de los Servicios de Enfermería, 263
para el Estudio, del Problema de la Enfermería en los Estados Unidos, 262
de la, Enseñanza de Enfermería, 233-234
Función de la Enfermería, 262
para la Graduación de las Escuelas de Enfermería, 235
Commission on Health Neesds of the Nation (Comisión para las necesidades de Salubridad de la Nación), 264
Compañía Holandesa de las Indias Occidentales, 145
Concepción, Hospital de, en Colombia, 343
Concilio de Trento, 117
Conferencia Nacional de Salubridad, 241
Confucianismo, 32
Confucio, 32, 33, 43, 53
Consejo (s), Estatales de Exámenes Médicos, establecimiento de, 208
Internacional de Enfermeras, CIE, 3-10, 213, 243
Código de Estadística, 7
de directores, 5
folleto sobre *Etica de Enfermería*, 7
Programa de Intercambio de Beneficio, 7
Constatino el Grande, 55
Constantinopla, 95
caída de, 102
Contrato de empleo, 324
Corán, libro sagrado de los musulmanes, 78
Córdoba, Universidad de, en Argentina, 337
Corea, la enfermería en, 419-423
Cortés, Hernán, 133
establece el primer hospital en el Nuevo Mundo, 134
Cowley, Hermanos, hermandad de enfermería, 164
Creelman, Lyle, 3
Cristianismo, 55, 57, 60, 70
Cristianos, 51, 70, 81
Cruz, Blanca Mexicana, creada en el año de 1911, 363
Roja, Americana, Cuerpo de Auxiliares de Enfermera Voluntarias de la, 248
durante, primera guerra mundial, 221
segunda guerra mundial, 249
fundación, 191-192
Reserva de Estudiantes de la, 248
servicio de enfermería de la, 217, 218
Argentina, acción de la, 336
fundación de la Escuela de Enfermeras por la, el año de 1920, 336,
Brasileña, desde 1909, 338
cambios en el alistamiento en la, 261
Comité Internacional de la, 186
de Tokio, 419
Escuela de Demostración de Enfermería de la, 419

Cruz Roja, nacimiento de la, 184
Nacional Norteamericana, 191-192
símbolo mundial, 186
Sociedades Nacionales de la, dispuestas a auxiliar a los diferentes ejércitos, 215, 216
en, Dinamarca, 420
Francia, 405
Italia, 410
Tratado de Ginebra, 186
Cruzada (o) (s), 85-88
cambios sociales, relacionados con las, 95
ganancias y pérdidas de los, 95
hospitales de, 87
Cuba, enfermería en, historia, 345
Hermanas enfermeras de Ordenes Religiosas, retiradas del servicio de enfermería por el ejército de Estados Unidos de Norteamérica en 1898, 345
Cuerpo, de enfermeras del ejército y la armada de los Estados Unidos, 217
Médico del Ejército Permanente, Servicio de Enfermería del, 222
Curie, Pierre y Marie, 206
Cursos preliminares, organización de los primeros, 199, 200
en el Hospital Johns Hopkins, 200
en la Escuela Superior de Simmons, 200
Curuzuyá, enfermero de raza guaraní, en Argentina, 335

CHADWICK, Edwin, Sir (abogado higienista), 124, 166, 176
Chagos, Carlos, Dr., 338
Chaptal, Srita, 404
China, antigua, 32
la enfermería en, 417
Chirón, 38
Chung, Mawfung, Elsie, 417

DAMASCO, 51
Danesa, Cruz Roja, 421
Daños contra delitos, 325
Darrach, William, Dr., 235
da Vinci, Leonardo, 114
Day, Philip E., 311
de Bullion, Madame, 140
de la Peltrie, Mme, 137, 140
Debackere, Marthe, capitana, 408
Deborah, primera enfermera de la historia, 28
Decadencia y desarrollo de la enfermería mexicana, según los diferentes movimientos políticos y sociales, 359, 362, 363
Delano, Jane, A., 197, 222
muerte de, 223
DePage, Antoine, Dr., 407
Marie, 407
Departamento de Enfermería de la Oficina Sanitaria Panamericana en Haití, 355
Destacamiento de Auxiliar Voluntario, en la primera guerra mundial, 221
Diaconía, 57
Diaconisa (s), en los primeros tiempos de la iglesia, 55, 57
Febe, como la primera, 53
modernas, fundación de la orden de las, 159-164
Dickens, Charles, 157-158
Director General de Salubridad, informe del grupo asesor del, 297-301
mensaje del presidente Kennedy al Congreso, 298
recomendaciones del, 299-300
publicación del, bajo el título de Toward Quality in Nursing, 298-299
Discípulos de Jesús, 51
Disección, no permitida, 23
División de Enseñanza, del CIE, 242
Dock, Lavini L., 196, 213
Dominicana, Orden, 90, 99, 102
Drake, Francis, Sir, 113
Drávidas, habitantes, de la India, 30
Dunant, Henri, 184, 185
Duquesa d'Aiguillon, 136

EDAD, DE Oro, de la Grecia antigua, 43
del, coma de la medicina, 102
Paleolítico, 19
de la, caballería, 96
Piedra Pulida, 21
de los, cultivadores, 21
cazadores, 19
Media, 68-83
Baja, 84-110
Obscura, 69-83
Edith Cavell-Marie DePage, Escuela de enfermería, 407
Egipto, 21
Ehrlich, Paul, 206
Ejército, Escuela de Enfermería del, 222, 223
Real Canadiense, servicio de enfermería del cuerpo médico del, 217
El Salvador, Cruz Roja de, servicios prestados por la, a Nicaragua, 385
El Santo Spirito, Hospital, en Roma, 82
Elster, Ruth, de Alemania, 10
Embalsamiento, 23
Eminegilda de Gómez, Escuela Maternal Modelo, en Venezuela, 399
Eneida, 46
Enfermeras, del Servicio Exterior, empleadas en el Departamento de Estado EE. UU., 316
escasez, durante la primera guerra mundial, 223

a continuación de la segunda guerra mundial, 260
notables de Cuba, 346
Enfermería, decadencia, 107, 128
definición, 291
hombres en la, durante la Edad Media, 86-88
actualmente, 308-311
laboral, 307
las mujeres pierden el control de la, 148
poca distinción entre, y la medicina en la Edad Media, 81
Monástica medieval, simpleza de la, 106
y atención hospitalaria durante la guerra de independencia en México, 359-362
Enfermero (s), 72
Hermandad de, en el Hospital de Jesús de la ciudad de México, 134
Hermanos de San Juan de Dios, 151, 309
Militares o Caballeros Hospitalarios, 86, 87, 88
oportunidades para los, en los últimos años, 309
Enrique II de Inglaterra, 107
Enrique VIII de Inglaterra, destructor de Monasterios, 128
Epidauro, Templo de Esculapio, 40-41
Epidemia (s), de, gripa pandémica, 223
lepra, 89-90
paludismo, 61
peste, 58, 97
sarampión, 134, 135
viruela, 134, 136
en, Canadá, 136, 138
el Nuevo Mundo, 134
Era cristiana inicial, 49
Esclavos, grandes médicos como, 44, 59
sabios griegos convertidos en, 44
Escuela (s), de Enfermeras, del Hospital General de la Ciudad de México, 364-366
militares de México, 366
de Enfermería, acreditación nacional de las, 268
de, Haití, fundación en 1918, 354
Hoy y Mañana, libro acerca del informe final del Comité de Graduación, 237
del, Hospital General de Guatemala, 353
de la Universidad de Delhi, 417
en Venezuela, 399-400
estudio, de datos escolares, 263
pedagógico Carnegie, 261
Estudio Rockefeller, 233-234
graduación de las, 235-237
las primeras, en Norteamérica, 193
modernas, 179-183
métodos dominantes, 200-201
primer plan de estudios, 220
reforma Nightingale en, norteamericanas, 193
sistema de aprendizaje en Norteamérica, 193-194
Western Reserve University (Reserva Occidental), 235
y Hospitales fundados en Perú, 391-392
de Medicina, creación en la capital de México de, 118
de, Dartmouth, 123
Palermo, Italia, 82, 102
Yale, 123
fracaso de los graduados en, 208
intentos de reforma, 208
Johns Hopkins, fundación, 208
la primera en Palermo, Italia, 82, 102
su desarrollo en Norteamérica, 123
de la *Rue de la Culture*, Bélgica, 407
enfermería de las, introducida en Estados Unidos, 198
Florence Nightingale de Burdeos, 404
Nacional de Enfermeras, de Occidente, en Guatemala, 353
en Colombia, 341
de Maestros de la Universidad de Columbia, 227
Superior, Real de Enfermería y Consejo Nacional de Enfermeras del Reino Unido, 225
Esculapio *(Asklepios)*, 38, 39, 40
Establecimiento para damas durante la enfermedad, Florence Nightingale superintendente del, 168
Estado de Nueva York, Asociación Caritativa auxiliar del, 19
Estados Unidos de Norteamérica, Comisión del Servicio Civil, 374
Escuela de preparación profesional del Hospital General de la Marina, 193
Departamento de Salubridad, Enseñanza y Asistencia, 264-266
del Trabajo, 341
Hospital de la Marina de los, y Servicio de Salubridad, 264
programa de Intercambo de visitantes, 321
la ANA como patrocinadora del, 322
Servicio de Salubridad del Departamento de salubridad, enseñanza y asistencia de los, asociado con la Organización Panamericana de la Salud y la WHO, 264
Biblioteca Nacional de Medicina del, 264
creación de la División de Enfermería del, 265
cuatro oficinas que se reparten las tareas, 264-270
estudios de salubridad nacional, 383
historia, 264
Informes de Salubridad, periódico oficial del, 266

Estados Unidos de Norteamérica, inventario nacional de enfermeras registradas, 248
oportunidades de atención en enfermería, 369
Premios a la Carrera de Enfermera Profesional, 386-388
Programa de preparación y Práctica Estudiantiles, 369
programas de investigación de enfermería, 348-349
Servicio de Hospital de la Marina de los, 264
Servicios Gubernamentales, 366-369
Esteves, Refugio, primera enfermera militar mexicana, 362, 363
Estructura, estudios relativos a la, 281
Estudiantes, comida de, en Melbourne, Australia, 9
de, Enfermería de la India, Asociación de, 417
último año, oportunidades para, 312
Estudio (s), Carnegie, 261
de, Datos Escolares, 194, 263
enfermería, Comité para la graduación de las Escuelas, 235
de la AMA, 262
Escuela superior de Maestros, 262
en Canadá e Inglaterra, 238-239
Fundación, Carnegie, 261
Rockefeller, 233-237
de la, Enseñanza de Enfermería en Canadá, informe publicado por el profesor George Weir, 238
práctica médica, 239-240
Eustoquia, 56
Evolución de la Enfermería de Salud Pública en México en los últimos cincuenta años, 377-382
Exposición Internacional de Chicago, 212

Fabiola, la primera enfermera cristiana, 56
primer Hospital cristiano en Roma fundado por, 56
Fallopio, Gabriele, 120
Faraones de Egipto, 23, 24
Febe, diaconisa en Grecia, 52
portadora de la Epístola de San Pablo a los Romanos, 53
Federación General de Clubes Femeninos, 211
Felipe de Macedonia, 42
Feminismo, 126-128
Fenwick, Bedford, Mrs., del Hospital de San Bartolomé, 199
encargado del Edificio de la Mujer, en la Exposición Internacional de Chicago, 212
fundadora, del National Council of Nurses of Great Britain an Nothern Ireland, 212
del CIE, 213
propone un monumento a Florence Nightingale, 220
Feudalismo, 74-76
Fisher, Alice, 195
Flexner, Abraham, estudia las escuelas de medicina en los Estados Unidos y Canadá, 208
Fleidner, Friederike, 159-162
Theodor, pastor, funda la orden moderna de las Diaconisas, 159-164, 405
Florence Nightingale, Comités Nacionales para promover el monumento a, 242
División de Enseñanza, del C. I. E., 6
Fundación Internacional, 6, 241-242
Fondo de Enseñanza para Enfermeras, S. A., 328
Fondos para la Enseñanza, 328-331
Formosa, la enfermería en, 418
Francia, la enfermería en, 403
Fray Junípero Serra, 135
Freedman, Hospital, en Washington, D. C., 319
Fry, Elizabeth Gurney, 126, 180-181
conoce al pastor Fliedner, 159
Fulbright, becas, de estudios, 332
Fuller, Samuel, 144
Fundación, Carnegie, 208
Coreano-Americana, 423
de Enfermeras Americanas para la Investigación, 292-293
de la enfermería moderna, 181

Gage, Nina, 417
Gainsborough, Thomas, Sir, 115
Galeno, 60, 80
Galia, devastada, 62
Gamp, Sairey, 158
Ghana, 413
Girard, Alice, 4
Goldmark, Josephine, 233
Goodrich, Annie W., conferencias especiales en la Escuela Superior de Maestros, 219
decano de la Escuela de Enfermería del Ejército, 223
directoras de la Escuela de Enfermería de Yale, 235
Graduadas inglesas, 199
Gran Consejo, 5, 7
Gray, Carolyn E., de la Escuela de Enfermería de Yale, 235
Grecia antigua, 38-44
atención institucional de enfermos, 38
mujeres, 43
Nacimiento de la Razón, 41
templos, 39-41
Grellet, Stephen ,155-156
Gremios, 76-77
de barberos-cirujanos, 102

Grenfell, Wilfred T., Sir, 204
Grierson, Cecilia, primera instructura de enfermeras en Argentina, 335
Gripa pandémica de 1918, 223
Grises, Frailes, 92
Guaraníes, indígenas, de Uruguay, 394
como cirujanos, 394
Guerra (s), Civil Norteamericana, labor de la Comisión Sanitaria, 186-187
de los Siete años, 141
de los Treinta Años, 117
enfermería, Militar, 190
voluntaria, 188
Hispano-Americana, 216, 217
primera, mundial, 221-232
segunda, mundial, 247
Napoleónicas, 126
Sudafricana (de los Bóers), 217
Gunn, Jean I., 238

Hagen, Elizabeth P., 288
Hamilton, Anna, Dra, 403
Hammurabi, rey, 26
Hart, Lillian, 417
Harvey, William, 120
Hebreos, profetas, 49
Helen, Hermana, 193
Henderson, Virginia, 7, 297
Henrietta Szold, Escuela de Enfermería, 412
Herbert, Sidney, Sir, 124, 168, 176
Hermandad del Hombre, 218
Hermano (a) (s), de San Juan de Dios, 151
en Guatemala, 351, 352
de San Lázaro, 105
de la Caridad, orden de, fundación, 151
instrucción por Sta. Luisa de Marillac, 153-154
introducida en, Irlanda por la madre Mary Aikenhead, 153
Norteamérica por la Madre Elizabeth Seton, 149, 153
servicios de la, a soldados franceses durante la Guerra de Crimea, 153
uniforme, 153
Casa de San Juan, orden protestante de las, 163, 168
Merced, en Rusia, 168, 172
Orden, católica de las, 149, 168
inglesa, 169
protestante, 163
Menores, 2
Higienización, del ejército inglés, 175
de la India, 176
de los, hebreos, 28
romanos, 47
era de, 124-125
Hijas de la Revolución Americana, 216
Historia de los Hospitales y Escuelas de Enfermería en Chile, según sus diferentes épocas, 343-345
Hojer, Gerda, 408
Holmes, Oliver Wendell, 123
Homero, 38
Honduras, enfermería en, 356
Hope, vapor, 318
Horacio, 46
Horus, hijo de Isis y Osiris, 22
Hospital (es), de, Bagdad y Córdoba, 80
Belén (Bedlam), 154
Bellevue, 145
graduadas de la Escuela de preparación profesional del, 195
Jesús de Nazareth, 134
Lazarinos, en Venezuela, 397
San Hipólito, fundado en 1556, por Fray Bernardino Alvarez en la ciudad de México, 359
primero en América y uno de los primeros en el mundo en su especialidad, 359
Santa Fe, 135
María del Tentón, 87
María Magdalena, 87, 105
Santo, Spirito, en Roma, 82, 103
Tomás en Panamá, 387
atendido por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, 387
Escuela de Enfermería del, 389
una de las mejores de Iberoamérica, 390
del Espíritu Santo, 103
de la Inmaculada Concepción (llamado hoy día Hospital de Jesús), primero que se construyó en América por Hernán Cortés, en la ciudad de México, 134, 359
Orden de San Juan, en la Valetta, 104
Universidad de Pensilvania, 197
desarrollo de los, 102
en Alemania, 148
fundados por los franceses en Haití, 354
principales, fundados en México durante la época colonial, 359
primeros, de Nueva Inglaterra, 145-146
Real de Indios, en la ciudad de México, 359
Rosales de El Salvador, 348, 351
tres hospitales famosos en Inglaterra, 103
de, Belén, 103
San Bartolomé, 103, 146
Santo Tomás, en Londres, 103, 146, 179
y Misiones de las Américas, 133-135
Hôtel Dieu (Casa de Dios), 82, 103
en, Lyon, 82
Montreal, 140, 141
París, 82, 131
Quebec, 136, 138, 141
Howard, John, 155
Howe Ward, Julia, 127
Hublard, Miss, obra de, como enfermera de Cuba, 346-347

Hunan-Yale, Escuela de Enfermería, 417
Hunayn, 80
Hygeia, diosa de la salud, 38

IATRIÓN, 39
Iglesia cristiana, 50
Iliada y Odisea, 38
Imhotep, 22
Imperio Romano, caída, 61-64
dominio del, sobre casi todos los pueblos, 49
costumbres de las mujeres del, 74
Incas, indios, 34, 133
India antigua, 330-332
Budismo, 30
Hinduismo, 30
medicina en la, 31
mujeres de, 32
Rey Asoka, 31
Indios indígenas americanos, 34
Industrial, enfermería, 250-251
Revolución, 116
mujeres durante la, 127
Infanticidio, 90
Inmortalidad, creencia en la, 23
Instituciones sociales, desarrollo de, 179
Instituto, Convenciones Nacionales de Enfermeras de México, 382
Pasteur, fundación, 206
Investigación, programas de, de, A. N. A., 289-292
Liga Nacional de Enfermeras, 293-294
Universidad de Yale, 296-297
U. S. P. H. S., 296-297
Fundación de Enfermeras americanas para la, 292-293
Ipecacuana, planta medicinal de América dél Sur, empleada por Jesuitas en Uruguay, 395

JAHODA, Marie, 4
Jano, templo de, 44
Japón, enfermería en, 418-419
Jardines botánicos de Oaxtepec, al sur del valle de México, 357
existencia de los, 50 años antes que el de Padua, 357
100 años antes que el de París, 357
Jenkins, Helen Hartley, 236
Jenner, Edward, 120
Jerusalén, la ciudad antigua, 78
la ciudad nueva, 412
ocupada, 85
Jesuitas, Orden de los, 117, 133
Relaciones de los, 134
Jesús de Nazareth, 51, 60
Johns Hopkins, Escuela para enfermeras graduadas, 219
establecimiento de la escuela de medicina, 208
Jones, Agnes, 184
Jordania, Estado árabe independiente, 412
Journal of Practical Nursing, 260
Journal of the American Medical Association, 228
Juan, Rey de Inglaterra, 96
firma de la Carta Magna por, 96
Julio César, 45, 46
Júpiter, 44

KAISERSWERTH, Institución, de Diaconisas, 159-163
en el Rhin, 405
Karll, Agnes, Hermana, 214, 406
Karma, Rueda del, 31
Kellog, Fundación, 270
Kircher, Athanasius, 120
Koch, Robert, Dr., 206

LA NUEVA enfermera de 1860 a 1900, 204
La Scala, Hospital de, 99-100
Las Américas, 33
Lancet, Comisión, 238
Lang, Ma. Teresa, Sor, fundadora de la Escuela para Enfermeras en la República de El Salvador, 348
Latinos, en la Roma antigua, 44
Lazaretos, 81, 87
Lees, Florence, 183
Legal, condición, de las personas empleadas, 325
Legislación para la enfermería en Brasil, 340
Leonne, Petry, Lucile, 264
Lepra, un problema medieval, 89
Leprosos, 73, 81, 106
Ley (es), de, Capacitación de Enfermeras, de 1964, 300
Fábricas, primera, 155
Seguridad Social de 1935, 240
Nacional de la Salud Mental, de 1946, 270
relativas a la práctica de la enfermería, 239
Libros, de texto para enfermeras, aparición de los primeros, 200-201
sagrados, de, China, 32
Egipto, 23
Palestina, 27-28
Persia, 29
de la India, 30
Licencia Nacional para que las enfermeras practiquen en cualquier Estado de la Unión, 239
Liga, de las, Naciones, 226
Sociedades de la Cruz Roja, 225, 242
División de Enfermería, 242
Nacional para la Enfermería (N. I. N.), Consejo de Investigación en Enfermería, 295
Departamento y Divisiones, 278
fundación, 268
miembros, 278

programas, de estudio, 293
y actividades importantes, 280
Servicio de Investigación y Estudio, 294
Linde Dix, Dorothea, 127, 182
organización de la enfermería militar por, 190
y la reforma en la atención de enfermos mentales, 156-157
Lister, Lord Joseph, 206
Livingstone, Nora, 197
Livio, 46
Long, Crawford, Dr., 123
Longfellow, Henry Wadsworth, 172
López, Gregorio, autor del primer libro de terapéutica de América, 359
Loveridge, Emily L., 197
Loyola, Ignacio de, 117
Luis XIV, 115
Luis XVI, 115
Lunáticos, Torre de los, en Viena, 154
Lutero, Martín, 114-117

MAC DONALD, Hermana Enfermera Margaret, 222
MacMurchy, Helen, Dra., 215
Magia, blanca y negra, 21
Mahoma, 77-80
Mal del Rey (escrofulismo), 121
Malden, instituciones, 412
Mance, Jeanne, 140-141
Manía danzante, 98
Mar del Plata, Universidad Católica del, en Argentina, 337
Marcela, 56, 70, 81
Marco Polo, 96
María Antonieta, 115, 128
Mather, Cotton, 144
Marwell, Anna Caroline, participante en la enfermería militar, 216
Mayas, indios, 34, 133,
Mayflower, barco, 143
McGee, Anita Newcomb, Dra., 216, 217
McManus, Louise, Profa., 262
Medas y Persas, 29
Media luna fértil, 25
Medicina, bizantina, 101
coma de la, edad del, 102
cristiana, 58, 59-60
del, Islam (musulmana), 101-102
Renacimiento, 119
de la, baja Edad Media, 100-102
de los aztecas introducida a Europa por Monardes, 356
en, Babilonia, 26
Grecia, 39-42
los primeros siglos de la Edad Media, 80
Palestina, 28
Roma, 47
en el antiguo Egipto, 22-23
en la, América, 121-124
antigua, China, 32
India, 31
método de aprendizaje en, 122
monástica, 100
paso de la, del monasterio a la Universidad, 128
periodo revolucionario, iniciación de un, 205-208
primitiva, 20-21
progresos en, 123, 247
problemas de, al retiro de la población de monasterios, 100
y Enfermería, 500 a 1000 d. J. C., 80-82
indígenas en Brasil, 337
Médico (s), indígena uruguayo, 394
funciones de sacerdote y adivino del, 394
misioneros, 203-204
Mediterráneo, Mar, 21
Mundo, 38
Mei-Yo, Chow, General, 418
Mendicantes, Ordenes, 90
Menocal, Raymundo, Dr., 345
Mental (es), enfermedad, atención deplorable de los pacientes con, 130
en la América colonial, 146
reforma para mejorar la atención de pacientes con, 157
enfermos, hospitales para, de Belén (Bedlam), 103
Dorothea Lynde Dix y los, 156-157
locos, Asilo de, en Kaiserswerth, 161
Mercado de Matrimonios de Francia y Canadá, 142
Merryweather, Miss, 183
Mesopotamia, 25
Métodos de enfermería dominantes, exposición de, 158
México en la Cultura Médica, libro del Dr. Ignacio Chávez, 358
Miguel Angel, 114
Militar, enfermería, 250
Milton, John, 114
Mills, Escuela, de Enfermeros, 309
Minna, ex presa, en Kaiserswerth, 159
Misericordia, Hospital de la, en Guatemala, 351
Mitología, 22
Moctezuma, gobernante azteca, 133
Hihuicamina, jardín botánico con plantas medicinales en la época de, en Oaxtepec, México, 359
Moisés, 27, 28
Monardes, introductor de la medicina de los aztecas en Europa, 356
Monasterios, actividades, 72
budistas, 31
conservación de los conocimientos en, 72
cristianos, los primeros, 70
decadencia, 88
de, Cluny, 85
Monte Cassino, 70
mujeres en, 73
descenso de población en, 85

Monasterios, plano de, 71
Regla Benedictina en, 71
Money, Miss, 195
Monjes y Monjas, convertidos en enfermeros de la sociedad en los primeros tiempos de la Edad Media, 82
Montag, Mildred, 288
Montcalm, héroe francés, 141
Montevideo, Hospitales de, 395-396
Montreal, establecimiento de, 139
Monumento a Florencia Nightingale, Fundación Internacional del, 241-242
a las Enfermeras Americanas de la segunda guerra mundial, 404
propuesta para el, de Florence Nightingale, 220
More, Thomas, Sir, 114
Mores o costumbres primitivas, 19
Morton, W. T. G., Dr., 230
Mosaica, Ley, 27
Movilización de las Enfermeras, proyecto de ley de, 251-252
Muerte negra o peste bubónica, 97
Muhlenberg, Reverendo, 149
Mujeres, bajo el feudalismo, 74-75
bajo el Islam, 80-81
bárbaras, 61
del Renacimiento, 128
de las tribus indias norteamericanas, 35
en Palestina, 28
en el antiguo Egipto, 23
en la antigua, Babilonia, 27
China, 33
Grecia, 43-44
India, 32
Roma, 47-48, 52
en la Edad Media, durante el tiempo de las Cruzadas, 96
en los monasterios, 73-74
iniciadoras en la Revolución Científica y Social en América, 141-143
Murdock, Thomas, Dr., 262
Musulmán (es), 78, 80, 85
imperio, debilitamiento, 85
expansión, 25

Nacimiento de la Razón, 41-44
Naciones Unidas, 254-259
Asamblea General, 254
Consejo de, Fideicomiso, 255
Seguridad, 254
Económico y Social (COSOC), 256, 259
Corea, Acción policiaca en, 421
Agencia de Reconstrucción de, 423
Organismos especializados, 256-259
FAO, 256, 414
ILO, 256
UNESCO, 25, 256, 257, 414
WHO, 258
Secretariado, 259
Tribunal de Justicia Internacional, 256
UNICEF, organismo especial, 414, 417
Napoleónicas, guerras, 126
National Federation of Licensed Practical Nurses (Federación Nacional de Enfermeras Prácticas Licenciadas), 260
National Student Nurses Association (Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermera), 282-284
Negros, frailes, 91
Newgate, Cárcel de, 155-156
Nicaragua, creación de una escuela de enfermería en, el año de 1943, 385
Nigeria, 413
Nightingale, Escuela de Enfermería, 179, 180
enfermeras certificadas, 180
fundación, 179
grados sociales de las estudiantes, 179, 180
preparación de las aspirantes, 180
regla y reglamentaciones, 179, 180
Florence, 164-184
actividades de, durante la posguerra, 174-177
amiga de, Sir Sidney Herbert y Mrs. Herbert, 166, 177
Julia Ward Howe y Dr. Howe, 166
amorío de, 166
como autoridad mundial en cuestiones de sanidad, 176
con, las Hermanas de la Caridad en París, 167
monjas en Roma, 166
distinguida por la Reina Victoria, 174-175
en, Alejandría, 167
el servicio de enfermería durante la Guerra de Crimea, 168-174
Kaiserswerth, 167
escritos de, 175-176
es informada de la constitución del Fondo Nightingale para una escuela de enfermería, 175
fomenta la, enfermería municipal, 182
higiene en el ejército, 175
lugar de nacimiento, 165
monumentos en su honor levantados en varios países, 220
muerte, 220
primer cargo de, 167-168
primeros años de su vida, 164-165
promueve la reforma, de la enfermería en las casas de trabajo, 183
de los hospitales y la enfermería, 175
de sanidad del ejército inglés de la India, 176
Niveles, tres, de enfermeras en Argentina, 337
Norteamericanas, enfermeras, servicios de las, en Cuba, 345

Norte de Europa, enfermería en el, 408
Nueva Amsterdam, 145
Nueva España, 117-119, 133-135
Nueva Francia, 117, 118, 135-136
Nueva Inglaterra, 117, 118
establecimiento de, 143-146
Hospital de, para mujeres y niños, 192-193
Nueva York, Hospital de, Escuela de Preparación de, alumnas graduadas en la, 197-198
fundación del, 146
Nueva Zelanda, 5
Asociación de Enfermeras Registradas de, 5
Nuevo Hospital de Santo Tomás en Panamá, 388
Nursing Outlook (Panorama de la Enfermería), periódico de la Liga Nacional de Enfermeras, 268
Nursing Times, órgano oficial de la Escuela Superior Real de Enfermería, 225
Nutting, Mary Adelaide, iniciación de la primera escuela para enfermeras graduadas, 219
introduce el primer curso preliminar en América, 227
superintendente de la Escuela Profesional Johns Hopkins, 219

Obstetricia y ginecología entre los indígenas uruguayos, 394
Octavio, sucesor de Julio César, 25
Oficina de Estadística del Trabajo, 289
Ohlson, Agnes, 3, 10
Orden (es), Béguines, 94, 95, 106
de, Enfermeros militares y Caballeros Hospitalarios, 86-88
de San Juan, de Jerusalén, 103
en la Valetta, 103, 104
del Santo Spirito, 103
Hermanas Hospitalarias, 87
Hermandades de la Iglesia Anglicana, 163-164
Santa Ursula, 117, 138, 141-142
viudas y vírgenes, 53, 54
de la (s), Merced, católica, 149, 168
en Rusia, 168, 172
inglesa, 169
protestante, 163
Daiconisas, en los primeros tiempos de la iglesia, 55, 57
Modernas, fundación, 159-164
Hermanas de la Caridad, fundación, 151-154
de los Terciarios de San Francisco, 92-93
Dominicana, 90, 99, 102, 134
Franciscanas, 91, 106, 134
mendicantes, origen de las, 90
militares, de Enfermeros o Caballeros Hospitalarios, 86-88
de, San Juan de Jerusalén, 87
San Lázaro, 87
Teutónicas, 87
primeras, cristianas de mujeres, 53-55
seculares, origen de las, 92-95
Organización (es) de enfermería, Alumnas asociadas de Enfermería de E. U. A., 213, 214
Asociación, Alemana de Enfermería, 214
Americana de Enfermeras Industriales, 268
de, Alumnas, 212
Enfermeras, Americanas, 221, 274, 278
de China, 417
de Enseñanza y Servicio de Enfermería Práctica, 260, 324
de Salas de Operaciones, 268
del Norte de Europa, 409
Italianas, 410
Suecas, 408
Estudiantes de Enfermería de Inglaterra, 225
Nacional, Canadiense de enfermeras, Profesionales, 214
Tituladas, que se convirtió en Asociación de Enfermeras Canadienses, 221
de, Enfermeras Graduadas, de Francia, 404
de Raza Negra, 213, 267, 268
Estudiantes de Enfermería, 282
de Inglaterra, 225
Consejo, de Matronas de Inglaterra e Irlanda, 211, 213
Internacional de Enfermeras, 3-10, 213, 243, 259
Nacional de Enfermeras Prácticas Licenciadas, 260
de la Enfermería Militar, 190
Escuela Superior Real de Enfermería, 235
Liga Nacional, de Enseñanza de Enfermería, 235
para la Enfermería, 278-280
médicas, Escuelas Superiores Americanas de Cirujanos y Médicos, 228, 229
Sociedad Americana de Odontólogos, 229, 230
Mundial de la Salud, 4, 417, 418
becas para el estudio en el extranjero, 331
comité de Expertas de Enfermería, 257, 259
Sociedad Americana de Superintendentes de Escuelas Profesionales para Enfermeras, 219
Origen de la enfermería en, Argentina, 335
Brasil, 337
Colombia, primeros datos, 340-341
Cuba, 345
Chile, 342
El Salvador, 348

Origen de la enfermería en, Guatemala, 351
Haití, 354
Honduras, 356
México, 356
Nicaragua, 385
Panamá, 387
Perú, 390
Uruguay, 394
Venezuela, 397

PALESTINA, 27, 49, 51
Palmer, Sophia, 213, 215
Paludismo en la ciudad de Roma, 61
Panacea, 38
Panamá, el gobierno, de, ayuda a la enfermería de Nicaragua, 385
Panteón, 409
Papa Urbano II, 86
Papiro de Ebers, 23
Paracelso, 119
Paré, Ambroise, 120
Passavant, William, reverendo, 149
Pasteur, Louis, 176, 205-206, 403
Paula, 56, 70, 81
Pavlova, Gran Duquesa de, 172
Paz, Cuerpo de la, 316
Matías, Fray, 351
Pedro, el Apóstol, 52
Paiping, Escuela de Medicina de la Unión, 418
Pelton, Garnet, 227
Pennsylvania, fundación del Hospital, 146
Hospital de, Escuela para Enfermeros del, fundada en 1914, 309
Pequeñas Naciones Unidas, 422
Peregrinaciones a Palestina, 84-85
Pérgamo, ciudad del Asia Menor, 60
Periódicos y Congresos, 243
Persia (ahora Irán), 29
Perú, Comité Permanente del Control de Enfermería de, 392
Pestes, grandes, del tercer siglo, 58
del siglo XIV después de la caída de Roma, 97
Philadelphia, Dispensario de, 147
Hospital General (anteriormente Hospital Blockley), 145
Pinel, Philippe, 120
Pirámides de Egipto, 23
Plantas, americanas, usadas por Jesuitas para curar en Uruguay, 395
medicinales de Colombia, 341
Platón, 41
Pobres, Clarisas, 92
Pope, Georgina F., 217, 222
Posguerra, los problemas de la, 252
Práctica(s), de la enfermería, revisión de las leyes relativas a la, 239
enfermeras, 260
Premios de capacitación del U. S. P. H. S., 329
Prig, Betsy, 158
Primera afiliación, 195
Princesa Margarita, 225
Problemas sociales, de Inglaterra, 153-155
medievales, 88
Profesional, Seguro de Responsabilidad, 323, 327
Protestantes, hermanas enfermeras, 163
reforma social, 154
Provinciales, asociaciones, del Canadá, 286
de Manitoba y Ontario, 214
Psicosomática, medicina, 270
Psiquiatría, auge de la, 270

QUEBEC, fundación en, de hospital, escuela y orfanatorio, 135-139
Quina, del Perú, 395

RADEGUNDA de Poitiers, 73, 107
Ramos, Mejía, Dr., 335
Rathbone, William, 157, 182-184
Reconstrucción en la posguerra, 225, 226
Reencarnación, 30
Reforma(s), en la enfermería, anterior al sistema Nightingale, 192
católica, 151-154
en EE. UU., 191
en las casas de trabajo, 183
sin distinción de credos, 193-195
no sectaria de la Enfermería, 179
o Revuelta protestante, 116, 128
sociales, 202-205
Registro profesional de enfermeras, aprobación de las primeras leyes, 215
y leyes relativas a la práctica de su profesión, 239
y medios de comunicación publicitaria, 215
Regla de, San Agustín, 87
San Benedicto de Mursia, 70, 72
Rehabilitación, centro de, de la Junta de compensación de Trabajadores, en Malton, Ontario, 271
expansión de los servicios de, después de la segunda guerra mundial, 271
profesional después de la primera guerra mundial, 225
Reichardt, Gertrud, 160
Reina Alejandra, Cuerpo de Enfermería del Ejército Real de la, 221, 421
Servicio de Enfermería de la Marina Real de la, 221
Reina, Isabel, II, 225
de España, 107
la Reina Madre, 225
Victoria, 320-321
Relaciones, de las Naciones Unidas, 259
de los jesuitas (registros sistemáticos), 134, 139
Religiosas, Enfermeras Mexicanas, Federación de, 385

Rembrandt, 115
Renacimiento, clásico, 113-114
decadencia de la enfermería durante el, 128
medicina del, 119
mujeres del, 125
revolución, industrial, 115
política, 115
Reorganización de la enfermería a través de las hermandades protestantes, 159-164
República del Sudán, 25
Residencia del Servicio Cooperativo para estudiantes en la Ciudad Universitaria de Colombia, 342
Residencia para estudiantes, 203
Responsabilidades morales y legales de las enfermeras, 322
Revolución, Francesa, 116
industrial, 116
mujeres en la, 127
latinoamericana, 116
norteamericana, 116, 146-147
política, 115-116
Rey, toque del (para la cura del escrofulismo), 121

Rhazes, 80
Richards, Linda, 192-193
primera enfermera profesional de Norteamérica, 198
labor de, en Japón, 418
Richelieu, Cardenal, 136
Robb, Isabel Hampton, 219, 220
en la Escuela de preparación profesional, de Illinois, 195
del Hospital Johns Hopkins, 196
libros de, 196
organizadora de una nueva escuela, en Baltimore, 195
Roberts, Mary M., 215, 262
Robinson, Mary, 182
Rockefeller, Instituto, for Medical Research 206
John D., 206
Rolón Camila, enfermera, 335
Roma antigua, 44-48
dispensarios, 47
Grecia bajo el dominio de, 43
hospitales militares en, 47
medicina y enfermería en, 47
mujeres en, 47-48, 52
Palestina bajo el dominio de, 28
salubridad en, 47
templos en, 44
Romanas, matronas, 55
Rómulo y Remo, 44
Rothschild-Hadassah, Hospital de la Universidad, 412
Royal British Nurses Association, 211
Rubens, 115
Russell, Kathleen, Dra., 238

SACERDOTES médicos, 21, 22, 28
Sahagún, Bernardino de, textos del siglo XVI, de medicina nativa mexicana por, 356
Saladino, 95
Salerno, Italia, primera escuela de medicina, 82, 102,
Salubridad, enfermería de, 307
Salud Mental, Federación Mundial para la, 270
A. N. A. y C. I. E. como miembros de la, 270
Salvación, ejército de, 203
San Agustín, 87
San Alejo, Hospital de, en Guatemala, 351
San Bartolomé, Hospital, fundación, 103
San Basilio de Cesárea, 58,
San Benedicto de Nursia, 70, 72
San Francisco de Asis, 90-93, 96, 106, 107
misión fundada en California en su honor, 135
orden mendicante de, 92, 106
Segunda Orden de, 92
Tercera Orden de, 92-93, 106
San Hipólito, Hospital de, fundado en 1556, por Fray Bernardino Alvarez en la ciudad de Méxixico, 359
primero en América y uno de los primeros en el mundo en su especialidad, 359
San Jerónimo, 64, 70, 81
San Juan de Dios, Hospital de, en Colombia, 342
San Lázaro, Hospital de, para leprosos, en Guatemala, 351
San Lucas, Centro Médico Internacional, Tokio, 418-419
San Mungo, Escocia, Escuela de Medicina de, 200
San Nicolás, Hospital de, en Haití, 354
San Pablo (Saúl de Tarso), 51-53
actitud de, hacia las mujeres, 52
San Pedro, Basílica de, 410
Hospital de, primero en Bogotá, Colombia, 341
primer obispo de Roma, 52
San Vicente de Paul, 151-154
Santa Ana, Escuela de Enfermería fundada en la ciudad de, en El Salvador por Hermanas de la Caridad, 350
Santa Catalina de Siena, 98-100
Santa Clara o Clarisa, 92
Santa Elizabeth, Hospital, Washington, D. C., 319
Santa Filomena, 172
Santa Hildegarda, 100-101
Santa Isabel de Hungría, 93-94, 107
Santa Luisa de Merillac, 403
Santa María Magdalena, hermanas del Hospital de, 105

Santa Radegunda, 73, 107
Santa Ursula, Orden de. Véase *Ursulinas*
Santo Tomás, Hospital de, en Inglaterra, 179-183
fundación de la Escuela Nightingale en el, 179-183
en Panamá, 387
fundación, 103
Saúl de Tarso (San Pablo), 51
Schweitzer, Albert, Dr., 415-416
Seaman, Valentine, Dr., primero en dar conferencias a las enfermeras, 146
Seguridad económica para enfermeras, programa de, 326
Seguridad Social de 1935, Ley de, 240
Seguro, de vida y pensión de retiro, 327
social, protección del, 327
Seldehuc-turcos, 85
Semíticas, tribus, 27
Semmelweis, Ignaz, 123
Serena, Hospital de la, en Colombia, 343
Servicio de Enfermería del Ejército Británico, 217
Servicio Social Médico, 228
Servicios Gubernamentales Canadienses, 319-320
Seton, Elizabeth, Madre, 149, 153
Sewall, Gardner, Mary, 410
Samuel, juez, 144
Shakespeare, William, 114
Shaw, Clara Weeks, 197
Sindicatos obreros y organizaciones profesionales, 215
Sistema Nightingale, expansión del, 194
a Australia, 195
principios básicos, 179
Sixtina, Capilla, del Vaticano, 114
Smith, John, capitán, 143
Snively, Mary Agnes, 196, 213, 214
Social, reforma, movimientos de la, 151
Sociedad de, Enfermeras de Philadelphia, 148
St. Joseph de la Fleche, 141
Sócrates, 41
Solferino, un recuerdo de, 186
Sorano de Efeso, 59
Stanton Cody, Elizabeth, 126
Stewart, Isabel Maitland, asistente en la Escuela Superior de Maestros, 219
cátedra de estudios de enfermería, organizada en su honor, 288
Isla de, 199, 212
Stowe, Harriet Beecher, 127
Strong, Rebecca, Mrs., de Escocia, 218, 227
Subasta de mujeres como esposas en Jamestown, 143
Sudor, enfermedad del, 98
Suecas, Asociación de Enfermeras, 408
Swami, Anthony, 417
Sydenham, Thomas, 120
TAIWAN, Universidad de, Escuela de Enfermería del Hopital de la, 418
Templos, de, Egipto, 22-23
Epidauro, 39
Esculapio, 39
Grecia, 39-41
Karnak, 23
Roma, 44
Tendencias generales en la enfermería (de 1893 a 1920), 227
The Canadian Nurse, 215
Tíber, río, 44, 59
Ticitl (enfermero o enfermera azteca), 358
Tlamatqui-ticitl (partera azteca), 357, 358
Tlaxcaltecas, cirujanos, Hernán Cortés atendido por, 358
Today's Health (La Salud al día), publicación de la AMA, 228
Toltecas, indios, 34, 133
Toynbee, Hall, 203
Tratado de Ginebra, 186
Treinta Años, Guerra de los (1618-1648), 117
Tres estudios de enfermería, 261-263
Tucumán, Universidad de, en Argentina, 337
Tuke, William, 120
Turquestán, invasores de Jerusalén, procedentes de, 85
UNIFORME, adopción de, en el Nuevo Mundo, 201-202
de la Orden, Dominicana, 91
Franciscana, 91
de las diaconisas de Kaiserswerth, 161-162
de los Caballeros Hospitalarios, 88
en monasterios de la Baja Edad Medai, 107
falta de, en los conventos primitivos, 73
origen de la cofia, 202
Unión Sudafricana, 413
Universidad(es), de, Bélgica, 407
Bolonia, Italia, 102
Cambridge, Inglaterra, 102
Columbia, 219
Delhi, India, 417
Harvard, 123
Heidelberg, 406
Madras, India, 417
México, 275
Minnesota, 220
Montpellier, Francia, 102
Oxford, Inglaterra, 102
París, 102
Pennsylvania, 123
Texas, 219
Yale, 406
origen de las, 102
UNRRA, 252-253
Upanishads, libros sagrados de la India, 30
Urbano II, Papa de Roma, 85
Ursulinas, monjas, con el Mercado de Casamientos, de Francia a Canadá, 142

en Nueva Orleans, 112
fundación de la orden, 117
primeras instructoras de enfermeras en el continente americano, 139
su convento en Quebec, 137-139
Uruguay, enfermería en, durante la época colonial, 395
hechiceros en, 394
medicina indígena en, 394
VAN Leewenhoeck, 120
van Rensselaer, Euphemia, 201
Vassar, Campo de Entrenamiento de, en la primera guerra mundial, 223
Vaticano, ciudad del, 410
Vedas, libros sagrados de la India, 30
Velos, 73, 74
Vellore, Centro Médico de, Escuela de Enfermería del, 417
Venezuela, conocimientos de puericultura en la época precolombina de, 397
mal de Lázaro en, 397
Versalles, Magnificencia de, 115
Vesalio, Andrés, 120
Victoria, reina de Inglaterra, 320-321
Victoriana, Orden, para Enfermeras del Canadá, 320-322
Virgilio, 46
Virginia, fundación de, 143
von Behring, Emil, 206
von Lersner, Olga, 406
WALD, Lilian D., iniciadora de la enfermería, domiciliaria en los Estados Unidos, 197
sanitaria en los Estados Unidos, 197
profesora de la Escuela Superior de Maestros, Nueva York, 219
representante de las enfermeras, en la Conferencia de Cannes, 226
Wardroper, Sarah Elizabeth, Mrs., 179
Warrington, Joseph, Dr., 148
Weir, George, profesor, 238
Wellington, Duque de, 116
Whitman, Walt, 189
Wilson, Woodrow, Presidente, 226
Willard, Emma C., 126
Frances E., 126
Winslow, C. E. A., 233
Winslow-Goldmark, Informe, 234
Wu, Lillian, 417
XENODOQUIO(S), cristianos, 57-58
de San Basilio de Cesarea en el Asia Menor, 58
de la, antigua Palestina, 29, 38
Edad Media, 86
de los griegos, 39
YALE, Estudio de Estudios de, 296
Y. M. C. A. y Y. W. C. A., 203
ZIONISTA, Organización Femenina, de América, 412
Zoroastro, 29

Esta obra se terminó de imprimir el día 23 de noviembre de 1967, en los talleres de EDITORIAL MUÑOZ, S. A. Priv. Dr. Márquez, 81. México 7, D. F.

Estuvo al cuidado del Sr. P. Alejandro Ceja S.

Universidad de Valparaíso
Chile
00032780