

PENSAR LA MEDICINA AMB LA HISTÒRIA

Homenatge a la professora María José Bágüena Cervellera

Carmel Ferragud i José Ramón Bertomeu (eds.)



VNIVERSITAT
D VALÈNCIA

PENSAR LA MEDICINA AMB LA HISTÒRIA

Carmel Ferragud
i José Ramón Bertomeu Sánchez (eds.)

PENSAR LA MEDICINA AMB LA HISTÒRIA

HOMENATGE A LA PROFESSORA
MARÍA JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



Aquesta obra està sota una Llicència Creative Commons Reconeixement-
NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.

© Del text: els autors i autores, 2023

© De la present edició:
Universitat de València, 2023

Imatge de la coberta:
Reproducció del cartell de Ramon Casas de la campanya de lluita
contra la tuberculosi (Mancomunitat de Catalunya, 1920)

Disseny de la coberta:
Publicacions de la Universitat de València

ISBN Paper: 978-84-9133-591-7
ISBN PDF: 978-84-9133-592-4
<http://dx.doi.org/10.7203/PUV-OA-592-4>

Edició digital

ÍNDIX

Introducció	9
Les barberies i la música a València en temps medievals <i>Carmel Ferragud</i>	19
Alvocats valencians: una llarga i no massa coneguda història (1564-1780) <i>José Pardo-Tomás</i>	37
El otro derrotero de Balmis. La pasión de un ilustrado por la ciencia <i>Rosa Ballester</i>	53
¿Miasma <i>versus</i> contagio? Controversias médicas sobre causas y prevención de epidemias en la España de la segunda mitad del siglo XIX <i>Jon Arrizabalaga</i>	71
Un proyecto internacional para la formación de salubristas en Europa <i>Josep L. Barona</i>	91
La enfermería femenina en la batalla de Teruel (1937–1938): entre el frente y la retaguardia republicana <i>Manuel Galindo Dobón, Xavier Garcia Ferrandis i Alvar Martínez-Vidal.</i>	111
Mujeres e innovación en el ámbito de los cuidados en salud en la España contemporánea <i>María Eugenia Galiana-Sánchez, Josep Bernabeu-Mestre, María Tormo-Santamaría i Eva María Trescastro-López</i>	131
Plaguicidas, intoxicaciones y regulaciones durante los primeros años de la dictadura franquista: el envenenamiento colectivo de Pradoluengo (1946) <i>José Ramón Bertomeu Sánchez</i>	151
Respuestas científico-políticas frente a la poliomielitis y la covid-19: el desarrollo y la aplicación de vacunas contra dichas enfermedades <i>María Isabel Porras Gallo</i>	169

ÍNDIX

Popularización médica y medicalización durante el tardofranquismo: las guías médicas del hogar <i>Enrique Perdiguero-Gil</i>	187
De la disciplina a la ultradisciplina Memòria i història en el desenvolupament de la biologia molecular <i>Ximo Guillem-Llobat</i>	205

MUJERES E INNOVACIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS EN SALUD EN LA ESPAÑA CONTEMPORÁNEA

*María Eugenia Galiana-Sánchez, Josep Bernabeu-Mestre,
María Tormo-Santamaría y Eva María Trescastro-López*
Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia,
Cuidados en Salud y Alimentación, Universidad de Alicante

A lo largo de la historia los cuidados de salud prestados por mujeres han resultado cruciales para el bienestar de la población. Los de ámbito familiar referidos a higiene y alimentación, especialmente a la infancia y a las personas mayores y vulnerables, han sido, en todos los contextos, responsabilidad femenina, así como otras funciones de curación y ayuda desarrolladas por sanadoras o comadronas no regladas en las comunidades.¹

En España, la incorporación de las mujeres a los ámbitos profesionales relacionados con la salud no se produjo hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, con algunas diferencias temporales según el tipo de actividad. Esta incorporación fue lenta y progresiva y estuvo influida por las características sociales, demográficas, políticas e ideológicas de cada momento histórico, que produjeron avances y retrocesos en su consideración social y profesional.² Las desigualdades de género, junto con las referidas a la clase social o la edad, también influyeron en su incorporación a profesiones ya consolidadas, como

* El presente trabajo se inscribe en el marco de los Proyectos HAR 2017-82366-c2-2-P y Red Research Network RED2018-102413-T.

1 María Carmen Massé García: «La mujer y el cuidado de la vida. Comprensión histórica y perspectivas de futuro», *Cuadernos de Bioética* xxviii, 2017 (3.ª ed.), pp. 291-301.

2 María Eugenia Galiana-Sánchez, Josep Bernabeu-Mestre y Rosa Ballester Añón: «Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea», *Areas* 33, 2014, pp. 123-137.

la medicina³ o la farmacia,⁴ y en los procesos de profesionalización de otras, como la enfermería o la dietética, actividades tradicionalmente femeninas, pero no exentas de mecanismos de subordinación.⁵

Los estudios históricos sobre profesiones sanitarias y género en la España contemporánea presentan un interesante escenario que se ha ido consolidando a lo largo de las últimas décadas. En el ámbito de la historia de la medicina, se puede destacar como texto clave el libro de Ortiz *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*.⁶ También los textos colectivos de Cabré y Ortiz⁷ y Cabré y Salmón,⁸ publicados en 2001 y 2013, respectivamente, así como numerosos artículos y capítulos de libro, que han ido aportando miradas diversas a la presencia de las mujeres en las ciencias médicas.⁹ Estos

3 Teresa Ortiz: *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK, 2006.

4 Juan Núñez Valdés, María Arroyo Castilleja y Alejandro Alonso Álvarez-Rementería: «Primeras mujeres farmacéuticas en España», en Juan Carlos Suárez Villegas, Rosario Lacalle Zaldueño y José Manuel Pérez Tornero (ed.): *II International Conference Gender and Communication*, Sevilla, Dykinson, 2014, pp. 818-831.

5 María Eugenia Galiana-Sánchez, Alfredo González Flores, José Manuel Maceiras-Chans y Josep Bernabeu-Mestre: «Género, autonomía y poder en el desarrollo de la enfermería comunitaria en España: balance historiográfico y nuevos enfoques», en Ángel Luis González de Pablo, María Isabel Porras Gallo, Luis Enrique Montiel Llorente y Ricardo Campos Marín (ed.): *Medicina y poder político*, Castilla-La Mancha, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2014, pp. 65-70.

6 Ortiz: *Medicina, historia y género...*

7 Teresa Ortiz y Montserrat Cabré: *Sanadoras y matronas y médicas en Europa (siglos XII-XX)*, Barcelona, Icaria, 2001.

8 Montserrat Cabré y Fernando Salmón: *Sexo y género en medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, Santander, Ediciones de la Universidad de Cantabria, 2013.

9 Se pueden citar entre otros: Rosa Ballester Añón: «Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la Universidad Johns Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia», *Feminismos* 10, 2007, pp. 133-144; Rosa Ballester Añón: «El género desde la historia social. La mujer como objeto y como agente de cuidados de salud», *Viure en salut* 21, 1993; Pilar Iglesias Aparicio: «Cuatro pioneras de la medicina moderna: Elizabeth Garrett, Sophia Jex-Blake, Mary Scharlieb y Mary Putnam Jacobi», en Yolanda Romano Martín, Sara Velázquez García y Mattia Bianchi (eds.): *La mujer en la historia de la universidad. Retos, compromiso y logros*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, 2018, pp. 103-115; Monserrat Cabré y Fernando Salmón: «Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina

trabajos, todos ellos con aportaciones de gran interés, se han completado con otras investigaciones centradas en los procesos de profesionalización de actividades sanitarias como la enfermería,¹⁰ la matronería,¹¹ la farmacia¹² y

de París contra Jacoba Felicié (1322)», *Dynamis* 19, 1999, pp. 55-78; Ana Delgado, Ana Távora y Teresa Ortiz: «Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad», *Estudios de Sociolingüística. Linguas, sociedades e culturas* 4(1), 2003, pp. 589-61.

10 María Eugenia Galiana-Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre: «Género y desarrollo profesional: Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939», *Feminismo/s* 18, 2011, pp. 225-248; Josep Bernabeu-Mestre, Concepción Carrillo-García, María Eugenia Galiana-Sánchez, Pilar García-Paramio y Eva María Trecastró-López: «Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España», *Enfermería Clínica* 23, 2013, pp. 284-289; María Eugenia Galiana-Sánchez, Josep Bernabeu-Mestre y Pilar García Paramio: «Enfermeras para una nueva patria. Género e ideología en la enfermería de Falange», en Carmen González-Canalejo y Fernando Martínez López (eds.): *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*, Granada, Comares, 2010, pp. 203-216; Carmen González-Canalejo: *Asistencia sanitaria, género y cuestión social en Almería: (1857-1930)*, tesis doctoral, Universidad de Almería, 2005; Francisco Javier Iruzubieta Barragán: *Enfermería y género en la atención socio-sanitaria municipal de Logroño: Casa de Socorro y Gota de Leche*, tesis doctoral, Universidad de Alicante, 2017; Concepción Germán Bes: *Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género*, tesis doctoral, Universidad de Zaragoza, 2006.

11 Dolores Ruiz-Berdún y Alberto Gomis Blanco: *Compromiso social y género: la historia de las matronas en España en la segunda república, la guerra civil y la autarquía (1931-1955)*, Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá de Henares, 2017; Dolores Ruiz-Berdún y Rosario Martín-Alcaide: «La importancia del género en la historia de la atención al parto: la incorporación de los hombres a la profesión de matrona en España», *Llull* 41(85), 2018, pp. 191-216; Dolores Ruiz-Berdún: «La primera enseñanza reglada de las matronas en España: el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid», *Llull* 36(78), 2013, 387-410; Modesta Salazar Agulló, Josep Bernabeu-Mestre, Emilio A. Martínez Marco y Encarnación Ramos-Salas: «Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. La colección «Al Servicio de España y del Niño Español», *Matronas Profesión* 9(4), 2008, pp. 28-33; Manuel Linares Abad, Carmen Álvarez Nieto y Inés Moral Gutiérrez: «El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo xx», *Índex de Enfermería* 17(4), 2008, pp. 251-255.

12 Mercedes Pascual Artiaga y María Eugenia Galiana-Sánchez: «Josefina Pascual Devesa: una farmacéutica alicantina en el instituto Pasteur», en Helena Establier Pérez y Mónica Moreno Seco (eds): *Modernas, luchadoras y pioneras. Mujeres alicantinas en la Edad de Plata*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante y Fundación Mediterráneo, 2021.

otras ciencias como la química.¹³ Igualmente, se han estudiado otras figuras femeninas no profesionales, pero cuyas actividades tuvieron un enfoque sociosanitario significativo, como las divulgadoras rurales,¹⁴ las diplomadas e iniciadas de EDALNU¹⁵ y las agentes de economía doméstica.¹⁶

Partiendo de estas investigaciones, este trabajo se propone completar la historia de la incorporación de estas mujeres a las profesiones y prácticas sanitarias, poniendo el foco en las dificultades y los obstáculos que tuvieron que superar, en ocasiones derivadas de su relación con los profesionales masculinos, pero también en su capacidad para incorporar innovaciones y hacer aportaciones relevantes en diferentes campos disciplinares. Para ello, se presentan dos estudios de caso, el de la enfermería y la dietética, en los que se pueden encontrar ciertos paralelismos, al compartir las características mencionadas previamente, además de que ambas vivieron procesos de evolución truncados por la llegada de la Guerra Civil y la dictadura.

En línea con los parámetros historiográficos de la historia aplicada, el análisis de los procesos ocurridos en el pasado puede ayudar a comprender lo que ocurre en la actualidad y establecer mecanismos de mejora del estatus de las mujeres en los ámbitos profesionales y científicos.

13 Ignacio Suay-Matallana: «Mujeres y laboratorios. Su invisibilización en la construcción de la tabla periódica y el ejemplo de la química del flúor en España», *Anales de Química de la RSEQ* 117(2), 2021, pp. 122-126; Carmen Magallón Portolés: *Pioneras españolas en las ciencias. Las mujeres del Instituto Nacional de Física y Química*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1998.

14 José Manuel Maceiras Chans, María Eugenia Galiana-Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre: «Las actividades socio-sanitarias de las divulgadoras rurales de la Sección Femenina de Falange en la comarca de la Ribera, 1940-1958», en Carmel Ferragud (ed.): *Biografies mèdiques, sanitat municipal, educació sanitària i epidèmies en la Ribera del Xúquer durant el segle XX*, València, ruv, 2017, pp. 149-160.

15 Eva María Trescastro-López, María Eugenia Galiana-Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre: «El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (1961-1982) y la capacitación de las amas de casa como responsables del bienestar familiar», *Nutrición Hospitalaria* 27, 2012, pp. 955-963.

16 María Tormo-Santamaría, María Eugenia Galiana-Sánchez, Eva María Trescastro-López y Josep Bernabeu-Mestre: «Género y acción sociosanitaria: las agentes de economía doméstica del Servicio de Extensión Agraria (1960-1974)», en María Isabel Porras Gallo, Lourdes Mariño Gutiérrez y María Victoria Caballero Martínez: *Salud, Enfermedad y Medicina en el Franquismo*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2019, pp. 236-261.

LAS ENFERMERAS VISITADORAS: INNOVACIONES SOCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

Las primeras enfermeras de salud pública aparecieron en la década de 1920 con la denominación de enfermeras visitadoras. No es casual esta denominación, que subrayaba la labor desarrollada a partir de las visitas domiciliarias en el contexto de las campañas sanitarias de lucha contra las enfermedades más prevalentes.¹⁷

Este enfoque social y comunitario partía de las innovaciones propuestas por disciplinas científicas como la medicina social y la higiene, e inspirado en las tendencias internacionales venía a dar respuesta al importante problema sanitario de España. El objetivo era mejorar los deficientes indicadores sanitarios, sobre todo en lo relativo a la mortalidad general e infantil y la alta morbilidad por enfermedades infecciosas (el problema sanitario de España), sin olvidar la problemática social que subyacía tras todos ellos.¹⁸

La clave de aquellas innovaciones de la higiene y la medicina social fue la aparición de nuevas prioridades, especialmente las relacionadas con las condiciones de vida y los problemas sociales, más allá del exclusivo control de epidemias. Cuestiones como la salud materno-infantil, la higiene rural, las condiciones laborales y de las viviendas o la consideración de algunas enfermedades crónicas, como la tuberculosis o las infecciones venéreas, se pusieron en primer plano, ya que aportaban una nueva mirada a los problemas de salud.¹⁹

Esta dimensión de la salud y la medicina trajo consigo aspectos novedosos, como el debate en torno a la función de los expertos y expertas en salud, lo que contribuyó a promocionar programas formativos, tanto nacional como internacionalmente, que consolidaron una capacitación hasta ese momento

17 María Eugenia Galiana-Sánchez: «Enfermería y Salud Pública en España en el primer tercio del siglo XX», en Luis Enrique Otero Carvajal y Santiago de Miguel Salanova (eds.): *Sociedad urbana y salud pública*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2021, pp. 178-196.

18 Josep Lluís Barona y Josep Bernabeu-Mestre: *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española*, Valencia, PUV, 2008.

19 *Ibíd.*

inédita en las profesiones sanitarias y, en concreto, en las enfermeras visitadoras.²⁰

También fue relevante la incorporación de metodologías de trabajo emergentes, como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la vigilancia del entorno o el control de casos. Lo más destacado de estos enfoques fue la necesaria incorporación de nuevos espacios de acción sanitaria, especialmente en el ámbito domiciliario, que requería una figura profesional cercana a las familias para poder llevar a cabo la intervención sociosanitaria. Debe tenerse en cuenta que la puerta de entrada a los hogares, así como el foco de acción para reducir la mortalidad infantil, eran las mujeres y las madres, por lo que las enfermeras, en la mayoría de los casos mujeres, encajaban perfectamente en este modelo de atención. Su género y su formación les permitieron desarrollar esta rama de la salud pública. En parte, porque en su labor sanitaria las enfermeras aplicaron un modelo más cercano a las familias del que manejaban los médicos y otros profesionales. Abordaron los problemas sanitarios con un enfoque de cuidados de salud que modulaba las propuestas científicas de intervención social y que favoreció el encuentro entre la cultura sanitaria científica y la cultura sanitaria popular.²¹ En este sentido, las visitadoras se hicieron necesarias porque, con una relación «de mujer a mujer», suavizaban las reticencias que tenía la población frente a la intervención médica y científica, que era doctrinaria y paternalista, como han señalado algunas autoras.²² Las visitadoras sanitarias en España, al igual que sucedió en otros contextos,²³ trabajaron desde la proximidad, y establecieron así vínculos con las personas de la comunidad y se situaron en primera línea de la lucha regeneradora que caracterizó a la higiene y la salud pública.

20 María Eugenia Galiana-Sánchez, Carmen Cuenca del Olmo, Gloria Gallego-Caminero y Josep Bernabeu-Mestre: «The role of the expert in Public Health Nursing in the inter-war period: the example of collaboration between Spain and the Rockefeller Foundation», ponencia presentada a la International Conference on the History of Nursing, Florencia, 2020, inédita.

21 Galiana-Sánchez: «Enfermería y Salud Pública...».

22 Irene Palacio Lis: *Mujeres ignorantes: madres culpables: adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Valencia, PUV, 2003.

23 Ciara Breathnach: «The Triumph of Proximity: The Impact of District Nursing Schemes in 1890s' Rural Ireland», *Nursing History Review* 26(1), 2018, pp. 68-82.

En los párrafos precedentes, se ha puesto en valor la naturaleza femenina de la enfermería, pero esta cuestión también fue un obstáculo para alcanzar nuevas oportunidades y mayores niveles de independencia, pues acotó la labor de las enfermeras a su rol de género en la sociedad del momento.

Por ejemplo, su nueva consideración como profesional de la salud pública permitió su participación activa en investigaciones llevadas a cabo en la comunidad, haciendo visitas domiciliarias en las que se recopilaban observaciones y datos que formarían parte de las estadísticas sanitarias. Sin embargo, su presencia como firmantes en los trabajos que se derivaban de esta actividad fue escasa.²⁴

Otra dificultad importante que tuvieron que afrontar las enfermeras fue el conflicto con sus colegas, los practicantes, que se gestó con la constitución en 1935 del Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria y que estuvo presente hasta la década de los sesenta. A través de una serie de artículos publicados en el periódico *El Sol*, se puso de manifiesto la consideración profesional que llegaron a alcanzar las enfermeras en el periodo republicano, y la confrontación con los practicantes, quienes, en un intento por dominar el espacio comunitario, reclamaban la exclusividad de las intervenciones de salud pública. Los practicantes, en sus reivindicaciones profesionales, esgrimían lo que consideraban su principal valor: su cercanía a la profesión médica y su masculinidad, que les permitía llevar a cabo determinados procedimientos técnicos y actividades que requerían la fortaleza física del varón.²⁵

En artículos como «Anhelos de una clase. El practicante: único auxiliar técnico del médico», firmado por el practicante Luis Romero Rodríguez, se argumentaba la superioridad de los profesionales masculinos. Sin embargo, sus argumentos, lejos de basarse en motivos profesionales, estaban fundamentados en consideraciones que pretendían poner en valor la masculinidad de los practicantes y subestimar a las enfermeras por el hecho de ser mujeres. En opinión de los practicantes, ellos dominaban con mayor habilidad los procedimientos técnicos, lo que los dotaba de una capacitación que no tenían las enfermeras. Consideraban que la tecnología era fundamentalmente masculina, y por lo tanto la entendían como un patrimonio propio:

24 Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre: «Género y desarrollo...», p. 235.

25 Bernabeu-Mestre et al.: «Género y profesión...», p. 286.

No se oponen los practicantes a la creación de organismos auxiliares a base de la mujer, muy indicada para determinados servicios [...] Si se quiere tener enfermeras es preciso delimitar con claridad el campo de actividades de elementos tan diferentes: los primeros, como únicos auxiliares técnicos del médico; los últimos (las últimas) ciñéndose expresamente a las prácticas higiénicas, función preventiva y cuidado personal del enfermo, pero sin permitirle la menor intervención en el campo técnico.²⁶

Además, consideraban que las actividades de salud pública, al desarrollarse fuera de las instituciones sanitarias, no eran adecuadas para las enfermeras; gran parte de la labor comunitaria se desarrollaba en las calles y domicilios y este no era sitio para mujeres. También utilizaban el argumento del valor y de la fuerza física, supuestamente superior en los practicantes por el hecho de ser varones. En definitiva, para los practicantes la labor comunitaria, cuya vertiente de ayuda a los procedimientos técnicos era la única que ellos consideraban relevante, era cosa de hombres:

[...] ¿Cómo se soluciona la asistencia rural? [...] las enfermeras se prestarían a atravesar abruptas sierras, a pie o en caballerías, y en noches de rudo invierno para sangrar a un enfermo, ponemos por ejemplo? Ni ello es función de mujer ni es humano exigirlo [...] justo es reconocer la necesidad absoluta del practicante rural, y ocioso y perjudicial tratar de engañarnos creyendo que una señorita educada profesionalmente con el merecido esmero en los grandes centros hospitalarios puede en un momento cambiar su blanco y arrogante uniforme por una vida que exige una abnegación heroica que le concedemos, pero a su vez una resistencia física que su condición de mujer le impide poseer.²⁷

A pesar de estas dificultades, las enfermeras alcanzaron un importante grado de institucionalización. La transformación demográfica y sanitaria de España, los procesos formativos de las escuelas de la Cruz Roja, la Escuela de Puericultura y la Escuela Nacional de Sanidad, y el impulso del movimiento sanitario internacional y la Fundación Rockefeller permitieron avanzar en el proceso de profesionalización de la enfermería española y desarrollar esta

26 Luis Romero: «Anhelos de una clase. El practicante, único auxiliar técnico del médico», *El Sol*, 1931.

27 *Ibíd.*

especialidad sanitaria. Las visitadoras también se fueron incorporando de forma progresiva al nuevo organigrama sanitario diseñado por los responsables políticos. Fue en este momento cuando se llevaron a cabo las primeras experiencias de asociacionismo, las primeras colaboraciones en publicaciones científicas, y cuando las enfermeras participaron activamente en las campañas sanitarias a través de acciones específicas y coordinadas: lucha contra la tuberculosis o el tracoma, o la labor llevada a cabo en el ámbito de la puericultura y la salud maternoinfantil. El nivel de actividad que desarrollaron en el ámbito asistencial y de salud pública fue muy destacado y estuvo acorde con las directrices emanadas de organismos e instituciones sanitarias internacionales.²⁸

Con la llegada del franquismo, la situación sociosanitaria y la brecha cada vez mayor entre hombres y mujeres, con importantes desigualdades de derechos y oportunidades, fueron el escenario idóneo en el que se materializaron las tesis mantenidas por los practicantes. La unificación de los títulos en el de ayudante técnico sanitario (ATS) supuso un gran quebranto para la enfermería. Para empezar, las enfermeras perdieron su nombre y tuvieron que asumir una nueva denominación (ATS), que no se correspondía ni con su historia ni con sus funciones.²⁹

La nueva titulación ponía el énfasis precisamente en lo que los practicantes habían venido reivindicando: su carácter auxiliar, su carácter técnico y la diferenciación de contenidos y organización de las enseñanzas en función del género. Así se manifestó en los planes de estudios, que contemplaban contenidos diferenciados, como la «Enseñanza de Hogar», para los ATS femeninos, y los contenidos de «Autopsia médico-legal», solo para los ATS masculinos. Igualmente, los estudios para ATS femeninos se cursaban obligatoriamente en régimen de internado, no siendo obligatorio esto último para los varones.³⁰

A lo largo de las décadas de 1950, 1960 y 1970, la situación fue empeorando para las enfermeras. La formación en las escuelas de ATS femeninos estuvo dominada por la Sección Femenina de Falange, lo que acentuó la brecha de género y el carácter subordinado de las enfermeras frente al médico

28 Galiana-Sánchez: «Enfermería y Salud Pública...».

29 María Luisa Lovingos: *Actas de la Primera Asamblea de Enfermeras*, Madrid, Delegación Nacional de la Sección Femenina de Falange Española, 1959.

30 «Orden de 4 de julio de 1955. BOE de 2 de agosto de 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios, Normas para nueva organización de sus estudios», Ministerio de Educación Nacional, 1955.

y también frente a los practicantes.³¹ Entre los objetivos formativos cobraron protagonismo aspectos de carácter religioso, moral y político. Además, su labor sociosanitaria y su papel de enlace entre la población y las instituciones fueron reorientadas, y entre los objetivos sanitarios se entremezclaron otros aspectos propios del régimen político dictatorial relacionados con el control social y el adoctrinamiento de la población.

Los derechos laborales de las enfermeras, en particular las de salud pública o de instructoras, también se vieron mermados. Tuvieron grandes deficiencias en relación con su formación continuada. Una vez terminados sus estudios, perdían totalmente el contacto asesor y formativo con la Dirección General de Sanidad y su relación con la institución quedaba reducida a los aspectos burocráticos. De hecho, a partir de la década de 1940 no se convocaron cursos de perfeccionamiento, lo que no solo se tradujo en la reducción de su nivel de competencia profesional, sino que también minó su estímulo e interés.³²

En el año 1977, tras la llegada de la democracia y un largo proceso de reivindicaciones, las enfermeras lograron acceder a la formación universitaria. La titulación de ATS desapareció como tal y empezaron a formarse diplomadas universitarias en Enfermería. Recientemente, con la última reforma universitaria, la diplomatura se ha transformado en grado en Enfermería y se ha logrado tener acceso a másteres oficiales y doctorados.³³

COCINA, CUIDADOS Y SALUD: EL PROTAGONISMO FEMENINO EN EL DISCURSO DIETÉTICO DE LA GASTRONOMÍA ESPAÑOLA DE LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

Al igual que ocurría en el contexto europeo y en países como Francia o Inglaterra, en la España de las décadas finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, se dieron los primeros pasos para la institucionalización de la gastronomía

31 «Servicios Centrales de Higiene Infantil, Informe sobre reglamento de servicios del dispensario “Madre e Hijo” de la Junta de obras del puerto de Alicante», Dirección General de Sanidad, Ministerio de la Gobernación, 1950, pp. 5-6.

32 Libro de Actas: *V Reunión nacional de Sanitarios*, Madrid, 1959.

33 Adela Zabalegui y Loreto Maciá: *Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España*, Castellón, Publicacions de la Universitat Jaume I, 2011.

y las artes culinarias.³⁴ Junto a la aparición de diversas asociaciones profesionales, surgieron las primeras escuelas orientadas a la formación de los futuros profesionales de la cocina y la hostelería, pero que tenían también a las amas de casa como público específico. Otro tanto ocurrió con la publicación de manuales de texto para la enseñanza y aprendizaje de la gastronomía y las artes culinarias y con revistas especializadas en dichas materias.

Entre los manuales y los textos orientados a la enseñanza y la divulgación, se fueron publicando monografías que abordaban lo que se conocía como la cocina dietética. Se trataba de obras que buscaban incorporar al discurso culinario los conocimientos dietéticos surgidos a luz de la nueva ciencia de la nutrición. Como se subrayaba en el artículo «Cocina y salud», publicado en la revista *La cocina elegante* en abril de 1904,³⁵ un buen cocinero no solo podía «evitar muchas causas de enfermedades con sus excelentes preparados», sino que además propiciaba «comer con apetito y proporcionar a los estómagos alimentos sanos, digestibles y reparadores».³⁶ Unas afirmaciones que eran refrendadas con la asociación que se establecía entre la atención dedicada a la cocina y los indicadores sanitarios que mostraban países del entorno europeo: «las naciones en que se rinde tanto culto a la higiene como a la cocina, los hombres sufren menos enfermedades y viven más. Estas naciones son, entre otras, Francia e Inglaterra, y en ellas el tanto por mil de mortalidad es la mitad que en España». Como concluía el autor del artículo, «la mejor medicina es la cocina» y «tanto en las casas particulares, como en hoteles y restaurantes, se deben desear aptitudes en sus respectivos cocineros, que sean suficiente garantía para la buena confección de las sustancias nutritivas».³⁷

Como afirmaban la médica Nieves González Barrio (1884-1965) y el cocinero y gastrónomo José Sarrau Guardan (1894-1987):³⁸

34 María Ángeles Pérez Samper: *Comer y beber. Una historia de la alimentación en España*, Madrid, Cátedra, 2019; Josep Bernabeu-Mestre y Maria Tormo-Santamaria: *Alimentación, gastronomía y nutrición en el camino de la sostenibilidad. Historia de una convergencia*, Alicante, Publicacions de la Universitat d'Alacant, 2021, pp. 77-87.

35 Doctor Petit: «La cocina y la salud», *La cocina elegante* 1(1), 1904, pp. 4-5.

36 *Ibíd.*, p. 4.

37 *Ibíd.*, p. 5.

38 Nieves González Barrio y José Sarrau Guardan: *Cursillo de dietética y cocina práctica*, Toledo, Medina, 1917, p. 3.

En España, por regla general, están desatendidas las cuestiones de Dietética. La mayoría de las amas de casa, directoras de pensionados, dueños de restaurantes y de hoteles, etc., no tienen sino una idea muy incompleta y a veces equivocada del valor nutritivo de los alimentos que constituyen las distintas comidas. Generalmente, para disponer de un menú no suele atenderse más que a la economía del gusto. Hay que comer más racionalmente, y para ello es preciso conocer la composición química de los alimentos y el papel que desempeñan en nuestro cuerpo.

Se trataba, en cualquier caso, de una colaboración, la que debía producirse entre la cocina y la dietética, difícil de llevar a la práctica. Como afirmaba el profesor Gregorio Marañón Posadillo (1887-1960),³⁹ en el contexto de la cocina española de las primeras décadas del siglo xx, higiene y cocina resultaban dos términos irreconciliables. Marañón denunciaba la ausencia de la salud en las consideraciones de los cocineros, centrados en atender la satisfacción de los sentidos, cuando, desde su punto de vista, tan importante era la higiene (la dietética) como la cocina.⁴⁰ Al mismo tiempo que reconocía la dificultad que comportaba aplicar unos conocimientos dietéticos caracterizados por la transitoriedad de su validez,⁴¹ llamaba la atención sobre el sinsentido que representaban las cocinas llenas de «científica insipidez», pero que «al carecer de platos apetitosos, resultaban fastidiosas y hasta repugnantes».⁴² Como recordaban González Barrios y Sarrau,⁴³ muy en sintonía con algunos de los elementos que ha incorporado la neurogastronomía,⁴⁴ era muy importante el tratamiento culinario, así como «la presentación bonita y atrayente de los manjares», ya que influía «de manera poderosa en la digestión, al excitar el estómago, y segregar un jugo llamado psíquico, que hace que la digestión se verifique en buenas condiciones». Introducían, además, otras consideraciones gastronómicas, que también formaban parte de los objetivos de la cocina die-

39 Gregorio Marañón Posadillo: «Prólogo», en Matilde García del Real: *Cocina española y cocina dietética*, Madrid, Sobrinos de la sucesora de M. Minuesa, 1929, pp. v-viii.

40 *Ibíd.*, p. v.

41 *Ibíd.*, pp. viii-ix.

42 *Ibíd.*, pp. vi-vii.

43 González y Sarrau: *Cursillo de dietética y cocina práctica...*, p. 73.

44 Miguel Sánchez Romera: *Neurogastronomía: la inteligencia emocional culinaria*, Madrid, Grupo Saned, 2007; Francisco Javier Cudeiro Mazaira: *Paladear con el cerebro*, Madrid, csic / Libros de la Catarata, 2012.

tética, como ocurría con «un buen reposo después de la comida, una amena compañía y conversación, y un ambiente agradable, factores necesarios para una buena digestión».

Para superar todos estos problemas, surgieron una serie de iniciativas que buscaban hacer compatible salud y cocina, y que tuvieron un marcado protagonismo femenino, a través de aportaciones como las que realizaron la maestra y pedagoga Matilde García del Real (1856-1932) o la periodista Carmen de Burgos (1867-1932), además de la ya citada Nieves González Barrio. Sus trabajos tenían a las amas de casa como principales destinatarias, ya que se trataba de mejorar su preparación y cultura en materia culinaria. Como han señalado diversas autoras en referencia al contexto español de la primera mitad del siglo xx,⁴⁵ el rol femenino asociado a la práctica culinaria se enmarcaba en el ideal teórico del liberalismo que asociaba a las mujeres con el arquetipo del ángel del hogar, que limitaba su papel social a ser depositaria de los saberes domésticos. Sin embargo, ese mismo rol de género permitió a las mujeres adquirir un creciente protagonismo en dicho ámbito, mejorar su formación y contribuir al desarrollo y difusión del conocimiento culinario.⁴⁶

En la conferencia inaugural del curso «Arte Culinario», impartido en el Centro Ibero-Americano de Cultura Popular Femenina,⁴⁷ Matilde García del Real insistía en la importancia de mejorar la formación en materia culinaria de las amas de casa, con el fin de poder adquirir, como ya ocurría en el mundo de los cocineros, los correspondientes conocimientos culinarios. De esta forma, invitaba a sus alumnas a introducirse

por los dominios de los marmitones –pinches de cocina– y cocineros [...] a cambiar durante algunas horas semanales nuestras habituales ocupaciones

45 Judit Gutiérrez de Armast: «Gastronomía y construcción de la identidad nacional en Canarias. Un estudio de caso a partir de los recetarios del archivo Conde de Siete Fuentes (1880-1930)», *Revista de dialectología y tradiciones populares* 62(2), 2017, pp. 533-554; Rebecca Elizabeth Ingram: *Spain on the Table. Cookbooks, Women, and Modernization, 1905-1933*, tesis doctoral, Department of Research Studies / Duke University, 2009, en línea: <<http://dukespace.lib.duke.edu/dspace/handle/10161/1600>>.

46 Josep Bernabeu-Mestre y Maria Tormo-Santamaria: *Cuñeres del territori. La memòria dels menjars de la Marina en l'obra del folklorista Francisco G. Seijo Alonso (1925-2013)*, Benicarló, Onada Edicions, 2021, p. 13.

47 Matilde García del Real: *La cocina de la madre de familia*, Madrid, Librería de los Sucesores de Bernardo, 1908, p. 11.

por las humildes tareas de las amas de casa [...] y alcanzar las ventajas que podréis obtener de los conocimientos culinarios en que voy a iniciaros y en que otros más expertos habrán de perfeccionar.

Desde las contradicciones que caracterizaban los primeros intentos de emancipación de la mujer en la España de las primeras décadas del siglo xx, para García del Real eran compatibles los trabajos del hogar con la cultura científica y literaria,⁴⁸ al mismo tiempo que aconsejaba a sus discípulas que no hiciesen caso de «aquellos que afirman que los trabajos domésticos son vulgares y no son dignos de ellas».⁴⁹ Como explicaba Carmen de Burgos:⁵⁰

la mujer puede ser periodista, autor y hasta artista, sin olvidar por eso los pequeños detalles del hogar para su acertada dirección, guarda de la salud, la paz y sosiego de la familia [...] mi deseo es que la mujer no desdeñe las ocupaciones del hogar, cualesquiera que sean su intelectualidad y su posición ¡Yo no me opongo a que vayan al foro y al Parlamento... después de haber dispuesto la cocina en su casa!

Como denunciaban ambas autoras, con el sesgo de género que establecía el colectivo de mujeres al que dirigían su discurso, mientras que en muchos países europeos resultaba frecuente «que la mujer, aun de las clases más elevadas, se ocupase por sí misma en los menesteres domésticos», en el caso español la cocina estaba «en manos de humildes e ignorantes sirvientes».⁵¹ Existía «una falta de preparación de la mujer para estas tareas», circunstancia que justificaba, en opinión de García del Real,⁵² «la presencia del arte culinario entre las asignaturas de nuestra naciente escuela». Para esta autora, «la familia que ajusta sus gastos a los ingresos vive moralmente [...] además de responder a ese fin económico y moral, quisiéramos que la enseñanza de la cocina respondiese a fines higiénicos, patrióticos, filantrópicos y sociales».⁵³ También se denunciaba la falta de libros de texto para enseñar el arte culina-

48 García del Real: *La cocina de la madre de familia...*, p. 27.

49 *Ibíd.*, pp. 30-31.

50 Carmen de Burgos Seguí: *La cocina moderna*, Valencia, Prometeo, 1908, pp. v-vi.

51 García del Real: *La cocina de la madre de familia...*, p. 12.

52 *Ibíd.*, p. 13.

53 *Ibíd.*, p. 14.

rio,⁵⁴ al mismo tiempo que se proponía una posible asignatura de «Economía doméstica y cocina».

Fue en 1911, siendo ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes el médico e higienista Amalio Gimeno y Cabañas (1856-1936), cuando se introdujo la asignatura de Economía y Arte culinario en la Escuela de Artes e Industrias de Madrid. En palabras de Carmen de Burgos, encargada de impartir aquella docencia, se trataba de una materia «que tenía gran importancia para la dirección del hogar y la salud de la familia, comprometida por una alimentación malsana», al mismo tiempo que podía «mejorar las condiciones materiales de la vida de las clases populares».⁵⁵ De Burgos concedía a la cocina un gran papel social, «puesto que el organismo, la sangre y todo lo que constituye nuestra imperfecta máquina, se sostiene con los manjares que la renuevan»,⁵⁶ por esta razón era importante que la mujer tuviese conocimientos de «higiene de la alimentación y conociese los platos sanos para los niños, los ancianos, los convalecientes y los estómagos delicados». Así mismo, insistía en «la importancia que tiene el conocimiento de la composición química de las sustancias destinadas a reponer las pérdidas del organismo»,⁵⁷ además de aportar todo un conjunto de recomendaciones dietéticas⁵⁸ y tener en cuenta para la composición del menú:⁵⁹ «los recursos que nos brinda la estación», asegurar los «alimentos completos o sustancias que tienen todos sus elementos en proporción para sostener el organismo humano, como ocurre con la leche y los huevos», conocer «la digestibilidad de los alimentos que entran en la composición del menú para emplearlos con acierto, según los casos de que se trate», y «contemplar para ello el estado de salud, la edad y diferentes condiciones de clima, costumbres, etc.». Carmen de Burgos también llamaba la atención sobre ciertos alimentos, principalmente las carnes, aves y caza, por su trascendencia «para la buena confección de los platos y la economía

54 *Ibíd.*, p. 12.

55 De Burgos: *La cocina moderna...*, p. 13.

56 *Ibíd.*, pp. v-vi.

57 *Ibíd.*, p. 2.

58 *Ibíd.*, p. 10.

59 *Ibíd.*, p. 21.

dentro del presupuesto»;⁶⁰ sin olvidar la importancia de establecer pautas de reaprovechamiento y evitar desperdicios:⁶¹

El cocido o puchero es de los guisos más clásicos de España, tanto por el empleo que de él se hace, sacando el caldo para las diferentes sopas y aun para salsas y croquetas, como por el arreglo y economía que ofrece a la cocina modesta, permitiendo sacar de él varios platos.

Para García del Real, la cocina tenía que convertirse en una especie de laboratorio, avanzando de la mano de la química y la higiene en los principios de la dietética contemporánea y con una clara vocación para convertirse en un instrumento de prevención de patologías:⁶²

Quisiera que en nuestros menús entrasen, en la proporción que nuestro organismo lo necesita, las sustancias que contienen principios albuminoideos, los que encierran hidratos de carbono, las grasas. Quisiera que las madres, al preparar el alimento para sus hijos, supieran, casi con exactitud, qué cantidad de cal proporcionan a sus huesos, qué sustancias llevan el hierro a su sangre, el fósforo a su cerebro. Quisiera que el enfermo, el anciano, hallasen en las preparaciones de nuestra cocina (que sería así la mejor farmacia) la salud, las fuerzas y la prolongación de la vida.

La reivindicación de la condición científica de la cocina y, en concreto, la metáfora del laboratorio también fueron utilizadas por Carmen de Burgos⁶³ para reforzar las condiciones de comodidad, salubridad y economía que debía caracterizar a la cocina doméstica, subrayando que el «Orden perfecto y limpieza esmerada se necesitan en la cocina». Esta misma autora también insistía en la función preventiva al señalar que «un hogar protegido por una buena cocinera evita algunos viajes a la farmacia y contribuye al bienestar de la familia».⁶⁴

60 *Ibíd.*, p. 27.

61 *Ibíd.*, p. 61.

62 García del Real: *La cocina de la madre de familia...*, p. 18.

63 Carmen de Burgos Seguí: *¿Quiere usted comer bien? Manual práctico de cocina*, Barcelona, Editorial Ramón Sopena, 1931, pp. 5-9.

64 *Ibíd.*, p. 12.

García del Real y de Burgos insistían en sus textos en la dimensión comunitaria de la alimentación y la nutrición, y reivindicaban el interés patriótico de la cocina, pues, como afirmaba la primera de ellas, la ciencia tenía «una inmensa importancia a la hora de asegurar el vigor físico e intelectual de la raza». ⁶⁵ Eran la higiene, un medio ambiente sano y una alimentación adecuada los tres elementos que en su opinión podían garantizar la salud y la fortaleza de los individuos. Citando a autores como Spencer, señalaban que:

la aptitud de una nación para el trabajo sostenido, su resistencia en la lucha por la existencia, su natalidad y mortalidad dependen en gran parte de su alimentación habitual [...] el porvenir pertenece a los pueblos que se alimentan mejor [...] cuando el alimento es insuficiente, cuando hay inanición incompleta crónica, las fuerzas físicas del ser humano se debilitan, trabaja lentamente, forzosamente se ve aparecer con relativa facilidad toda una serie de afecciones diversas (tifus exantemático o del: hambre, escorbuto, diversas alteraciones digestivas, etc.). ⁶⁶

Al dirigirse a las alumnas que iban a seguir el curso de arte culinario, mujeres de posición económica elevada y activistas filantrópicas en su mayoría, Matilde García del Real les recordaba que

fuera de sus hogares existen multitud de tristes tugurios en que el fuego está apagado, en que todo falta; que hay miles de niños que apenas toman alimentos calientes ni bien condimentados; que hay, en fin, muchos seres aislados, muchas familias que ni siquiera tienen esos miserables tugurios para albergarse.

Las animaba a que se convirtieran en formadoras de las obreras que trabajaban en sus casas, a ayudar con los conocimientos adquiridos a los pobres a quienes protegen, «para hacer penetrar también en sus modestos hogares la alegría, la higiene, la moralidad». ⁶⁷

Como ocurría en otros ámbitos, como los de la higiene y la salud pública, la asociación entre cocina y moral aparecía ligada a la idea de la degeneración:

65 García del Real: *La cocina de la madre de familia...*, p. 18

66 *Ibíd.*, p. 14.

67 *Ibíd.*, p. 26.

el obrero que encuentra en su casa una mesa limpia, en que humea una sopa bien hecha, unos manjares que, aunque pobres, estén bien condimentados, ese obrero no irá a buscar la bazofia de la taberna, con todo su acompañamiento de suciedad, grosería y embriaguez circundantes.⁶⁸

En dicho contexto, García del Real volvía a retomar la cuestión de la degeneración, al denunciar las consecuencias que tenía sobre el sistema nervioso y en las funciones psíquicas una alimentación insuficiente, en muchas ocasiones asociada a problemas como el alcoholismo.⁶⁹

La voluntad se paraliza, la energía moral desfallece, el ser humano se hace indiferente a sus deberes, irritable, grosero y hasta brutal. Esta debilidad se transmite a su descendencia, que por esta razón se ve con frecuencia atacada de diversas afecciones, con frecuencia fatales, tanto más, cuanto que durante el primer período de su vida esos niños reciben una leche pobre en sustancias nutritivas, puesto que procede de madres mal alimentadas [...] las naciones mal alimentadas pueden, a lo más, adaptarse a las condiciones ambientales, pero acaban por degenerar físicamente.

Para intentar paliar las deficiencias denunciadas y superar las situaciones de desamparo en materia de alimentación, García del Real proponía,⁷⁰ además de vigilar la alimentación de los asilados en instituciones benéficas, abrir cocinas económicas donde podrían colaborar «las manos caritativas» de las alumnas con formación culinaria. Sin olvidar la necesidad de fomentar cantinas en fábricas y escuelas «para que todo el mundo coma».⁷¹ De hecho, esta autora fue una de las impulsoras del movimiento filantrópico que impulsó las cantinas escolares en España en las primeras décadas del siglo xx.⁷²

68 *Ibíd.*, p. 22.

69 *Ibíd.*, p. 16.

70 *Ibíd.*, p. 26.

71 *Ibíd.*, p. 19.

72 Eva María Trescastro López, Josep Bernabeu-Mestre y María Eugenia Galiana-Sánchez: «Nutrición comunitaria y alimentación escolar en España: el ejemplo de las cantinas escolares de la Asociación de Caridad Escolar de Madrid (1901-1927)», *Revista Española de Nutrición Comunitaria* 17(4), 2011, pp. 206-212.

CONCLUSIONES

Como se ha podido comprobar, en la España contemporánea la incorporación de las mujeres a profesiones y prácticas sanitarias, como la enfermería y la dietética, supuso la introducción de innovaciones conceptuales y procedimentales, no exentas de dificultades.

En el caso de la enfermería, su profesionalización tuvo que enfrentarse a numerosos conflictos de género, que se acentuaron durante el franquismo y que frenaron el desarrollo del incipiente corpus disciplinar y especialización en el ámbito comunitario. Las enfermeras en general y las enfermeras comunitarias en particular han recorrido un largo camino de subordinación cuya herencia ha llegado hasta nuestros días. En la España del siglo XXI, donde las mujeres representan más del 80 % de los profesionales de enfermería, los cargos de responsabilidad y representatividad siguen siendo ocupados por varones, lo que contribuye a perpetuar situaciones de desigualdad y discriminación.

En el caso de la dietética, la contribución de las tres autoras al desarrollo de una cocina dietética fue relevante. Reivindicaban la condición científica que cabía otorgar a la cocina, al incorporar conceptos, técnicas y métodos procedentes de la química y la higiene. Subrayaban el papel que podía jugar la actividad culinaria en la consecución del objetivo de asegurar una adecuada alimentación y nutrición, y contribuir así a la prevención de los problemas de salud asociados a la malnutrición. También merece ser destacada la importancia que otorgaban al empoderamiento culinario de las amas de casa, a través de la formación y la educación, y a la promoción de la economía doméstica. Así mismo, de acuerdo con los parámetros de lo que se conoce en la actualidad como cocina y gastronomía de proximidad, insistían en el consumo de productos autóctonos y de temporada, y en llevar a cabo estrategias culinarias de reaprovechamiento y desperdicio cero.